



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um Processo de Desenvolvimento Pessoal e Profissional

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Susana Maria Dias dos Santos

Março 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um Processo de Desenvolvimento Pessoal e Profissional

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Susana Maria Dias dos Santos
Sob orientação de Professora Doutora Irene Oliveira

Março, 2015

RESUMO

Este relatório de estágio insere-se no curso de Mestrado em Enfermagem na Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica e comporta a abordagem aos três módulos de estágio desenvolvidos: Assistência Pré-Hospitalar, Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência no período de 10 fevereiro a 11 de novembro de 2014. Tem por objetivos: a análise crítica e reflexiva dos objetivos/competências adquiridas e atividades desenvolvidas. A metodologia selecionada é a critico-reflexiva e descritiva.

Face às necessidades pessoais e profissionais definidas para a aquisição de competências são descritas e fundamentadas situações vivenciadas junto do utente, família e equipa multidisciplinar. As intervenções e reflexões foram ao encontro das situações problema identificadas nos diferentes módulos bem como as atividades desenvolvidas de onde ressalva a análise e descrição das Aprendizagens Profissionais enquanto Enfermeiro Especialista, e a Gestão de Cuidados e de Recursos em Enfermagem. A par da prática exercida são apresentados trabalhos elaborados nomeadamente o Registo das Ativações em contexto de Assistência Pré-Hospitalar e Sala de Emergência bem como um Estudo de Caso. É dada ênfase: aos Registos de Enfermagem, na procura da melhoria e eficiência dos cuidados prestados; à Comunicação com o Doente Crítico na procura de estratégias de uma assistência holística melhorando técnicas comunicacionais, interpretando as necessidades e dificuldades do doente em estado crítico, rumo à satisfação e excelência do cuidar; e às Reflexões Ético Deontológicas que regem a profissão de Enfermagem, procurando a reflexão sobre várias temáticas nomeadamente o Consentimento em Saúde, Passagem de Turno Junto dos Utentes e Privacidade dos Utentes no Serviço de Urgência, tendo por fundamento a humanização dos cuidados. O desenvolvimento de uma ação de formação sobre Avaliação da Dor no Doente Crítico colmatou com a exposição do trabalho desenvolvido presente e descrito neste relatório.

O desenvolvimento destas temáticas explana os resultados alcançados no estágio que considero amplamente conseguidos considerando este percurso de aprendizagem muito enriquecedor. Destaco o desenvolvimento do projeto de Intervenção sobre Avaliação da Dor pela transmissão de conhecimentos aos profissionais de Saúde e pela melhoria da qualidade da prestação de cuidados que se refletiu na prática clínica diária da equipa de Enfermagem. A aprendizagem não é estanque pelo que, de futuro procuro enquanto Enfermeira Especialista a melhoria da qualidade, a eficácia e humanização dos cuidados prestados.

ABSTRACT

This report is part of the Nursing Master's Specialization course in Medical-Surgical Nursing and involves the approach to the three stage modules developed: Prehospital Care, Intensive Care and Emergency Department in the period from February 10 to November 11, 2014. The objectives are: a critical and reflective analysis of the objectives/skills acquired and developed activities. The selected methodology is the critical-reflective and descriptive.

In view of personal and professional needs defined for the acquisition of skills are described with reasoning situations experienced with the user, family and multidisciplinary team. Interventions and reflections were meeting the problem situations identified in the different modules as well the developed activities where there is a review of Learning Professionals as Nurse Specialist, and the Management of Care and Resources in Nursing. In addition the exerted practice are presented elaborate works including the Register of Activations in the context of Pre-Hospital Care and Emergency Room and a Case Study. Greater relevance is given: to Nursing Records, in the search for improvement and efficiency of care; to the Communication with The Critical Illness, in the search for strategies in a holistic assistance improving communication techniques, interpreting the needs and difficulties of the patient in critical condition, towards satisfaction and excellence of care; to Ethical Reflections and ethics governing the profession of nursing, looking reflection on various themes including the Consent to Health, Pass Shift Along the Users and Privacy of Users in the ER, and on the grounds of compassionate care. The development of a teaching program on Pain Assessment in Critical Illness has filled with the exhibition of this work and described in this report.

The development of these themes shows the results achieved in stage what I consider largely achieved considering this route very enriching learning. I stress the development of intervention project on Pain Assessment by transmitting knowledge to health professionals and improving the quality of care, as reflected in daily clinical practice of nursing team. Learning does not stop, so in the future I want, as Nurse Specialist, improve the quality, effectiveness and compassionate care for the patient.

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Ricardo Reis

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice Bispectral

BPS-IP - Behavioral Pain Scale – Intubated Patient

CAS – Comunicação Alternativa Suplementar

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EMMC – Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica

EVN – Escala Visual Numérica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NAVA - Assistência Ventilatória Ajustada Neuralmente

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PIC – Pressão Intra Craneana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PVC – Pressão Venosa Central

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SI – Sistemas de Informação

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

INDÍCE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ABORDAGEM GLOBAL DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM | 19 |
| 1.1. Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais..... | 19 |
| 1.2. Gestão de Cuidados e de Recursos em Enfermagem..... | 32 |
| 2. REGISTOS DE ENFERMAGEM..... | 37 |
| 3. A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO..... | 41 |
| 4. REFLEXÕES ÉTICO-DEONTOLÓGICAS AO LONGO DO ESTÁGIO..... | 49 |
| 5. A AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO | 59 |
| CONCLUSÃO | 67 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 71 |
| ANEXOS | 79 |
| ANEXO I – Diário de Bordo – Assistência Pré-Hospitalar..... | 81 |
| ANEXO II – Ativações na Sala de Emergência/ Reanimação Intra Hospitalar | 123 |
| ANEXO III – Estudo De Caso – Serviço de Urgência..... | 133 |
| ANEXO IV – Caraterização da Unidade de Cuidados Intensivos | 149 |
| ANEXO V – Projeto de Intervenção: Monitorização da Dor no Doente Crítico – Unidade de Cuidados Intensivos..... | 153 |

INTRODUÇÃO

Nos termos da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, Da Deontologia Profissional, Artigo nº 88 da Excelência do Exercício, está definido que o enfermeiro procura a atualização contínua de conhecimentos e a formação constante (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2012).

Da minha experiência pessoal e profissional, que passa pelo exercício de funções num serviço de medicina, tornou-se exigente para dar resposta aos desafios diários de um serviço de medicina e porventura a médio/longo prazo, na transferência para um serviço especializado, a inscrição na formação pós-graduada nomeadamente no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista está definido que *“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.”* (OE, 2010a,pg.2). Tendo por base esta definição e pelo gosto pessoal da assistência ao utente adulto e idoso em situação crítica a escolha da Especialidade não poderia passar por outra opção que não a de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

É de todo pertinente analisar a definição descrita no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que refere que: *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e*

permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010b,pg.1).

O estágio desenvolvido no âmbito do 7º curso de Mestrado em Enfermagem na Especialização Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto comporta três módulos de estágio. Por ordem cronológica do seu planeamento desenvolvi o módulo III, Assistência Pré-Hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) Delegação do Norte no período de 10 de fevereiro a 14 de abril de 2014. O módulo II, de Cuidados Intensivos, desenvolvido no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) decorrido no período de 28 de abril a 28 de junho de 2014 e por último o módulo I, Serviço de Urgência também desenvolvido no CHVNG/E no período de 15 de setembro a 11 de novembro de 2014.

A escolha dos locais de estágio dos diferentes módulos surgiu de alguma reflexão e pelas oportunidades futuras. A escolha do Módulo III, tratando-se de um estágio opcional, cujas opções passavam pelo Tratamento de Feridas e Assistência Pré-Hospitalar, entre outras, a escolha recaiu pela aquisição e procura de novas experiências e oportunidades de aprendizagem. Como referi anteriormente, exerço funções num serviço de Medicina pelo que possuo experiência profissional no que respeita ao tratamento de feridas. Neste sentido procurei experienciar novas realidades. A escolha do Módulo I e II, incidiu unicamente sobre o local de estágio, uma vez que os módulos de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência são parte integrante do plano curricular. Neste sentido, e por ser o local onde exerço funções a escolha recaiu sobre o CHVNG/E, não só por uma gestão de horário e deslocações, mas também por considerar que o desenvolvimento dos estágios no CHVNG/E me possibilitaria a aquisição de competências numa perspetiva de acréscimo de conhecimentos e de mobilidade intra-hospitalar.

Como referido anteriormente, o Módulo III decorreu no INEM que, corresponde ao organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir a assistência e a devida prestação de cuidados a sinistrados e vítimas de doença súbita (INEM, 2013). O SIEM, corresponde a um conjunto coordenado de ações de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e intra-hospitalar dos diferentes meios do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situação de emergência médica (INEM, 2013).

O Módulo II – Cuidados Intensivos foi desenvolvido no serviço/unidade de cuidados intensivos do CHVNG/E, que é classificado como uma unidade de nível III que corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas. Pressupõe ainda a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessária e deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente (Direção Geral da Saúde [DGS], 2003a). Por definição e como referido anteriormente, os Serviços/Unidade de cuidados intensivos de nível III são polivalentes o que significa que o serviço tem de ser capaz de assegurar, com colaboração, os cuidados integrais para com os doentes que é responsável. Sendo uma unidade de nível III os serviços devem estar articulados, em função da missão que lhes está atribuída. Trata-se de uma unidade mista, ou seja, é constituída por um espaço amplo com dez camas e dois quartos de isolamento cumprindo assim as recomendações propostas pela DGS (2003a).

O Módulo I – Serviço de Urgência, decorreu no serviço de urgência do CHVNG/E por se tratar de uma urgência Polivalente. Os serviços de Urgência Polivalentes caracterizam-se por um maior nível de diferenciação técnica para o acolhimento de situação de urgência e emergência (DGS, 2001). O serviço de urgência do CHVNG/E possui diversas valências médicas e cirúrgicas dotadas de capacidade para responder às exigências dos utentes em situação de urgência e emergência.

Este relatório permite realizar uma análise crítica, reflexiva e descritiva das atividades desenvolvidas para a aplicação e aquisição de conhecimentos alcançados ao longo dos diferentes módulos. Tem portanto como principais objetivos a realização de uma análise crítico reflexiva dos objetivos/competências adquiridas e atividades desenvolvidas de modo a expressar os resultados alcançados, bem como descrever o contributo das diversas situações para o desenvolvimento e aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista. A metodologia selecionada é a critico-reflexiva e descritiva, tendo por base e como fundamento científico a pesquisa bibliográfica atual.

Optei, por justificar os principais objetivos alcançados tendo por base as atividades desenvolvidas. Neste sentido o relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. Num primeiro capítulo dispus uma abordagem global da assistência em Enfermagem onde são exploradas as Aprendizagens Profissionais e a Gestão de Cuidados e de Recursos em Enfermagem. Uma vez que ao longo dos diferentes módulos de estágio analisei e refleti sobre três grandes temáticas nomeadamente os Registos de Enfermagem, a Comunicação com o Doente Crítico e Reflexões Ético-Deontológicas, pareceu-me pertinente dedicar um capítulo a cada um dos temas dada a reflexão e pesquisa bibliográfica realizadas. Por último, e por considerar um dos temas mais trabalhados ao longo do estágio, dedico um capítulo à Avaliação da Dor no Doente Crítico. Esta organização pareceu-me a mais pertinente, na medida em que este relatório privilegia a descrição de

situações de aprendizagem e a promoção da reflexão sendo estes os conteúdos de maior destaque.

1. ABORDAGEM GLOBAL DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

As atividades realizadas ao longo do estágio nos distintos módulos permitiram-me desenvolver competências comuns e específicas que contribuíram para a preeminência dos resultados alcançados. Importa aqui definir que competências comuns são as *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade (...)”* (OE, 2010a, pg. 3). Das competências comuns surgem quatro domínios sendo eles, a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a).

Ao longo das 180 horas de estágio de cada módulo, acompanhei os meus orientadores e restante equipa multidisciplinar na gestão, planeamento e prestação de cuidados ao utente e família. Neste sentido, no decorrer deste capítulo serão descritos objetivos globais alcançados bem como as atividades e competências desenvolvidas no que concerne ao desenvolvimento dos domínios da melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1.Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais

Face aos diferentes locais de estágio procurei desenvolver estratégias de adaptação, integração e de desenvolvimento pessoal. Neste sentido considero que tive uma boa integração nos diferentes serviços e na equipa multidisciplinar o que me permitiu atingir o objetivo *“demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*. Sempre me mostrei disponível para participar em todas as atividades nos serviços, bem como colaborar com todos os elementos da equipa. O conhecimento e adaptação aos

serviços permitiu-me alcançar o objetivo *“desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”*.

Face ao objetivo *“desenvolver cuidados de enfermagem usando princípios técnicos e científicos”* foram várias as atividades desenvolvidas a serem descritas ao longo deste relatório.

Na Assistência Pré-Hospitalar com o intuito de registar as principais ativações e reflexões de estágio foi criado ao longo do mesmo um diário de bordo cuja finalidade foi descrever as situações e relatar a informação recolhida nas ativações e atividades desenvolvidas ao longo do estágio (ANEXO I).

As 180 horas de estágio foram distribuídas da seguinte forma: 90 foram realizadas no meio de Suporte Imediato de Vida (SIV) sendo que 88 horas foram realizadas na SIV de Gondomar, por ser a que geograficamente se encontrava melhor localizada e por ser a que apresentava maior casuística de ativações correspondendo em média a três a quatro ativações por turno. As restantes 12h foram realizadas na SIV de Valença. Das 60 horas realizadas na Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER), todas foram efetuadas na VMER de Gaia uma vez que geograficamente se localiza no hospital onde exerço funções e por ser mais difícil realizar marcações de estágios noutras VMER's. Gostaria de ter experimentado outros locais, no entanto, por impossibilidade de marcação nos dias disponíveis não me foi possível. Realizei ainda 12 horas de estágio em ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) de Gaia 1 o que me permitiu observar e participar no trabalho desenvolvido por este meio.

Das 68 ativações que tive nos diferentes meios 6 corresponderam às ativações ocorridas nas ambulâncias de SBV, 35 ativações ocorridas nas ambulâncias SIV e 27 ocorridas na VMER. Destaco que as idades das vítimas variaram entre os 11 meses e os 92 anos, sendo que a sua grande maioria correspondeu a faixa etária adulta. No que concerne ao tipo de ativações 56 dizem respeito à área médica, quer seja por doença súbita, agudização de doença crónica

ou situações de certificação de óbito, 9 das ativações corresponderam a situações de trauma e as restantes 3 foram abortadas. Relativamente ao local de ativações a maioria foram ativações para o domicílio, seguindo-se da via pública e ainda instituições de saúde nomeadamente centros de saúde, lares e centros de dia. De todas as ativações foram realizados, com acompanhamento dos meios diferenciados, 26 transportes ao hospital, sendo que 4 foram encaminhados para a sala de emergência.

Considero que muitas das ativações não necessitavam de assistência de meios diferenciados. No entanto e da passagem pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), verifiquei que a ativação dos meios funciona através de fluxogramas mediante as queixas das pessoas. Por outro lado, tenho verificado enquanto formadora na área da saúde em lares e centros de dia, dos relatos que ouço referentes às chamadas efetuadas para o 112, que as pessoas tendem a aumentar o grau de gravidade da situação com a conceção que os meios serão mais rapidamente ativados. Daqui depreende-se a necessidade de formação da população, conseguida pelo INEM através dos Mass Training, mas insuficiente para a globalidade da população.

Das intervenções realizadas, destaco a avaliação inicial da vítima, avaliação de sinais vitais, realização de eletrocardiogramas (ECG) de 12 derivações, cateterismo periférico, aspiração de secreções, imobilização da vítima em plano duro e colocação de colar cervical, colheita de dados junto da vítima e família, participação em manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV).

No que concerne à atuação nas ambulâncias SIV devo referir que a mesma se processa mediante protocolos e validação com os médicos do CODU. Pude no meio SIV aplicar diferentes protocolos como: abordagem da vítima, sedação e analgesia, abordagem do traumatizado, alteração do estado de consciência, cefaleias, convulsões, défice motor/sensitivo, diabetes e alterações da glicemia,

dispneia, disritmias, dor torácica, hemorragia, obstrução da via aérea, paragem cardiorrespiratória no adulto, trauma das extremidades e tecidos moles.

O estudo e análise dos protocolos instituídos facilitaram a minha abordagem à vítima. Também, e dadas as dificuldades e inexperiência na análise e interpretação de ECG's, consultei vários manuais de forma a analisar os mesmos. A realização de ECG's foi das principais atividades realizadas, daí a pertinência do aprofundamento do estudo nesta temática. Também no que concerne a técnicas de imobilização e extração das vítimas de trauma e/ou acidentes de viação, por ser uma área na qual não possuía experiência, consultei os manuais do INEM por forma a aprofundar conhecimentos e perceber os passos realizados aquando de situações de trauma que observei.

Apesar da abordagem à vítima em meio SIV se realizar mediante o cumprimento de protocolos, devemos possuir um espírito crítico face aos conhecimentos técnicos e científicos que possuímos de forma a tomar decisões fundamentadas. A título de exemplo, numa das ativações por dispneia agravada, na chegada ao local e após colheita da história clínica, deparamo-nos com um doente seguido pela equipa de cuidados paliativos. Segundo informação, no dia anterior estaria muito agitado pelo que foi aumentada a dose de sedativos. Foi proposto e discutido com o médico do CODU que a alteração do estado de consciência, encontrava-se mais prostrado e sonolento que o habitual, seria provocada por intoxicação de benzodiazepinas o que, segundo o protocolo implicaria a administração de flumazenilo. No entanto, o mesmo não foi validado pela equipa do CODU. Mantive ao longo do estágio este tipo de reflexão com os elementos da equipa, discutindo pontos de vista e formas de atuação. Era evidente que de profissional para profissional o modo de atuação era diferente. Neste sentido aproveitei todas as oportunidades como um exemplo de aprendizagem.

No Serviço de Cuidados Intensivos tive oportunidade de colaborar inicialmente com supervisão e posteriormente autonomamente na colocação e

otimização de cateteres venosos centrais, linhas arteriais e manutenção de cateteres de pressão intra craniana. Das principais atividades desenvolvidas destaco a avaliação da Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intra Craneana (PIC), Índice Bispectral (BIS), Pressão de Perfusão Cerebral (PPC). Tive oportunidade de preparar os doentes para exames específicos e participar no transporte intra hospitalar tendo consciência de todos os cuidados e recomendações que o respetivo transporte acarreta considerando as especificidades de cada doente.

No que diz respeito à medicação foi mais uma oportunidade de melhoria na medida em que muita medicação é específica o que me levou a mobilizar conhecimentos de indicação terapêutica e respetivas diluições. Referente à ventilação mecânica foi necessário estudo prévio e durante o estágio para dar resposta aos objetivos traçados no que concerne ao conhecimento dos principais modos ventilatórios, do funcionamento dos ventiladores não esquecendo e como ponto central, os cuidados ao doente em ventilação mecânica.

Um dos pontos de maior destaque diz respeito à prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV), pois é uma das mais frequentes causas de infeção nosocomial resultando numa elevada morbilidade, mortalidade e elevados custos de saúde (Matos e Sobral, 2010). Existem algumas recomendações para a prevenção e diminuição da PAV e que devo louvar o uso das mesmas no Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos.

Serão descritas algumas medidas que considero serem importantes. Devo ressaltar que algumas delas são interdependentes, pelo que darei maior destaque às intervenções autónomas.

Como medidas gerais destaco: Formação e informação dada à equipa prestadora de cuidados sobre a prevenção da PAV e cumprimento das medidas gerais de controlo de infeção; Avaliar diariamente condições para ventilação espontânea e usar protocolos de desmame ventilatório; Evitar sedação excessiva

avaliando diariamente a possibilidade de a diminuir; Diminuir a exposição aos dispositivos invasivos. Por forma a diminuir a transmissão de microrganismos aos doentes pelos profissionais as medidas recomendadas são: Higienização das mãos: antes e após o contato com o utente, após contato com membranas mucosas, secreções respiratórias, e antes e após o contato com qualquer dispositivo respiratório; Uso de luvas: na manipulação de secreções respiratórias ou de objetos contaminados, seguido de lavagem das mãos; Uso de bata: quando se antevê a conspurcação com secreções respiratórias, ou se o doente estiver em isolamento de contato; Uso de máscara: durante a aspiração de secreções com circuito aberto. Relativamente à diminuição da contaminação associada à manipulação do tubo traqueal e da colonização do trato aerodigestivo recomenda-se: Aspiração de secreções das vias respiratórias: com sistema aberto, usar luvas esterilizadas, sondas esterilizadas de uso único e manter técnica assética; com sistema fechado, usar luvas limpas e mudar o sistema de aspiração fechado diariamente (usar sistema fechado se o doente estiver infetado com microrganismos multirresistentes ou se tiver tuberculose pulmonar); Substituição dos humidificadores a cada 48h; Substituir as traqueias do ventilador apenas quando necessário; Higienização oral, utilizando um antisséptico, cada 2h-4h previamente às mobilizações major e seguido de aspiração de secreções da hipofaringe (Matos e Sobral, 2010).

Uma situação problema identificada no que concerne a prevenção da infeção diz respeito ao tempo de troca de dispositivos médicos, nomeadamente, cateteres venosos periféricos, cateteres vesicais e sondas nasogástricas. Quando questionados os enfermeiros relativamente ao tempo protocolado para a troca dos referidos dispositivos, foi-me explicado que os mesmos eram trocados conforme as recomendações dos fabricantes, mediante o tipo de material dos mesmos. O que se verificava era que a troca dos mesmos nem sempre era protocolada em plano de trabalho o que levava a que os dispositivos médicos referidos permanecessem no

doente por tempo indeterminado. Foi então sugerido que, tal como acontece com o planeamento da intervenção da troca de sistemas de soros de 3 em 3 dias, se tivesse atenção ao planeamento da troca dos dispositivos médicos para que no respetivo dia os mesmos fossem trocados.

No Serviço de Urgência passei por várias valências onde desenvolvi inúmeras atividades. Na área dos doentes pouco urgentes, as atividades desenvolvidas passam essencialmente pela colheita de espécimes para análise e administração de terapêutica, sendo que os utentes são posteriormente encaminhados para a sala de espera para aguardar realização de exames complementares de diagnóstico ou aguardar reavaliação médica. Por outro lado, a abordagem ao utente implica toda uma avaliação por parte do enfermeiro. A título de exemplo, numa situação cuja principal queixa do utente era náuseas e vômitos, após colheita de sangue para análise e administração de terapêutica foi prescrito pelo médico a colocação de sonda nasogástrica. Após a colocação da mesma verifiquei que o conteúdo drenado era de características hemáticas pelo que monitorizei o utente verificando que se encontrava hipotenso e taquicárdico. De imediato comuniquei as alterações observadas e o utente foi transferido para a Área Médica onde teria um acompanhamento mais adequado e uma vigilância mais apertada.

Na Área de Ortopedia as principais intervenções foram realizadas no âmbito de atuação específico de cada setor. Tive oportunidade de colaborar na colocação de talas gessadas, e remoção das mesmas. Importante também nesta área eram as sessões de educação para a saúde realizadas ao utente e família sobre os cuidados inerentes à colocação e remoção de uma imobilização.

Nos Gabinetes de Triage pude colaborar na realização da Triage de Manchester, cujo objetivo primordial é fazer triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo

tempo alvo recomendado até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos médicos (Grupo Português de Triage, 2014).

O Grupo Português de Triage (2014) estabeleceu que a metodologia de triagem devia ser concebida por forma a atribuir uma prioridade clínica. Esta decisão baseou-se em três grandes princípios. O primeiro é que o objetivo da triagem num Serviço de Urgência é facilitar a gestão clínica de utentes e, ao mesmo tempo, facilitar a gestão do serviço sendo que a melhor forma de isto ser conseguido é através da atribuição exata de uma prioridade clínica. O segundo é que se o tempo da “observação” de triagem visar a obtenção de um diagnóstico exato está condenado ao fracasso. E, finalmente é evidente que o diagnóstico não está precisamente relacionado à prioridade clínica.

Considero que o papel do enfermeiro nesta área assume relevância crucial e um carácter de autonomia notável, na medida em que apesar da sua atividade ser concretizada por um fluxograma de orientações é ao enfermeiro que cabe a decisão e juízo clínico da situação. A título de exemplo o enfermeiro da triagem possui autonomia, após avaliação do utente de solicitar a realização de ECG's antes mesmo da avaliação médica, o que se revelou em muitos casos de alterações cardíacas uma vantagem para avaliação do utente e melhor orientação na prestação de cuidados. É também da responsabilidade do enfermeiro da Triage a ativação das Vias Verdes, nomeadamente a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde Sepsis, Via Verde Trauma. A ativação das mesmas é realizada mediante os protocolos instituídos.

Por outro lado, o gabinete de Triage também se torna um local fulcral para a educação da saúde das pessoas. Muitas pessoas recorrem ao serviço de urgência por situações pelas quais se deveriam dirigir ao Centro de Saúde. É certo que muitos utentes não têm acesso aos cuidados de saúde primários e o recurso mais próximo são os serviços de urgência. No entanto, verifiquei situações de utentes que uma vez que tinham ido a uma consulta ao hospital, “aproveitaram”

para passar pelo serviço de urgência porque apresentavam uma dor com evolução de semanas. Esta situação leva a que os tempos de espera aumentem significativamente e que a lotação do serviço de urgência seja por vezes caótica.

Por outro lado, os utentes empiricamente afirmavam que no serviço de urgência, o atendimento implicava a realização de exames complementares de diagnóstico. Daqui depreende-se a necessidade de informar os utentes, de explicar a finalidade dos serviços de urgência e consequentemente a dificuldade de cumprir os tempos de espera face ao elevado número de utentes e a escassez de recursos humanos e físicos.

Procurei ao longo do estágio *“gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, bem como da formação pós-graduada”*. Identifiquei várias situações problema que foram alvo de reflexão e discussão ao longo do estágio e que serão explanadas ao longo deste relatório.

Considero que, da minha experiência profissional e que por especificamente trabalhar num serviço de medicina interna, possuo bastante experiência no que diz respeito ao tratamento de feridas, principalmente úlceras de pressão. Pude assim partilhar experiências com os restantes enfermeiros na discussão de avaliação de úlceras de pressão, quanto à classificação e ao melhor tratamento a implementar e desta forma *“promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*.

Penso que o conhecimento só se desenvolve na base da partilha, da reflexão e da pesquisa fundamentada, pelo que procurei *“manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*. Para tal, procurei identificar as minhas próprias dificuldades através de um processo analítico e reflexivo cultivando o espírito autocrítico e manifestando recetividade para a aprendizagem e desenvolvimento das áreas com maiores dificuldades. Desta recetividade para a aprendizagem demonstrada

surgiram várias oportunidades de aumentar os conhecimentos pois ao longo do estágio fui questionando, discutindo e pesquisando juntamente com os orientadores e autonomamente temas nos quais não possuo tanta experiência, como ventilação mecânica, análise de ritmos cardíacos, técnicas dialíticas, interpretação e análise de gasometrias. Considero que, dada a disponibilidade quer minha quer das equipas multidisciplinares, desenvolvi imensos conhecimentos.

Por vezes a busca por maiores conhecimentos era conjunta uma vez que surgiam dispositivos médicos novos no serviço o que levava os enfermeiros a realizarem, também eles uma pesquisa. Caso disso foi a pesquisa de um novo modo ventilatório, o NAVA (Assistência Ventilatória Ajustada Neuralmente). De uma forma simplificada, o NAVA baseia-se na utilização do sinal obtido da ativação elétrica do diafragma, o Edi, do inglês electric activity of the diaphragm, que representa o impulso ventilatório central. O Edi é capturado, transmitido para o ventilador e usado para auxiliar a respiração do utente em sincronia e na proporção dos esforços do mesmo. Com a utilização do NAVA, a assistência inspiratória mecânica inicia-se no momento em que o centro respiratório emite o sinal, e o disparo é independente de qualquer componente mecânico. Pelas suas características o modo NAVA oferece um novo ângulo conceitual à ventilação mecânica, melhorando significativamente a interação entre o utente e o ventilador, uma vez que é usado o próprio impulso do utente (Sakurai e Kanzato, 2011). Os mesmos autores referem ainda que, com o modo NAVA, incluindo a monitorização da Edi, se criam condições favoráveis na área assistencial ventilatória do doente crítico, tanto na redução do tempo de ventilação mecânica como na manutenção de uma ventilação protetora e fisiológica.

A pesquisa bibliográfica também foi fundamental para desenvolver conhecimentos aprofundados e fundamentados. Ressalvo a evolução gradual do conhecimento à prática que experienciei durante o estágio e que me permitiu

desenvolver o objetivo *“demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”*. Só possuindo os conhecimentos teóricos pude atuar em situações de alteração hemodinâmica dos doentes principalmente em casos de arritmias. Para tal foi fundamental também compreender o funcionamento dos monitores cardíacos, identificar os ritmos cardíacos e possíveis alterações.

A passagem pela Assistência Pré-Hospitalar e pela sala de emergência no Serviço de Urgência também contribuíram para atingir o objetivo supra descrito. Nos referidos locais uma das atividades desenvolvidas, diz respeito à realização da check list do material. Esta atividade permitiu-me conhecer o material existente e a sua localização.

Quando se fala em Assistência Pré-Hospitalar torna-se fulcral conhecer bem o local do material, bem como ter todo o material disponível para atuar de forma rápida e eficaz. Para além das malas de primeira intervenção também a ambulância é munida de material de reserva. Por vezes, durante o turno, nem sempre é possível repor material dado o número de ativações, daí a importância de realização da check list no início de todos os turnos. Daqui ressalva a imprevisibilidade a que os profissionais no atendimento pré-hospitalar estão sujeitos. A falta de material disponível para a execução de tarefas é um dos pontos apontados por Zapparoli e Marziale (2006) sobre a opinião dos trabalhadores quanto aos fatores de risco do atendimento pré-hospitalar. Da experiência vivenciada no campo de estágio considero que, como foi referido anteriormente o facto de as ambulâncias serem munidas de material de reserva nos permite colmatar este risco.

O autor supra citado, aponta ainda outros riscos nomeadamente, a ocorrência de acidentes de viação, agressões morais e físicas, risco de acidente com material corto perfurante e a elevada carga emocional e física despendida, bem como os riscos ergonômicos, provenientes do frequente levantamento de peso para movimentação e transporte das vítimas e equipamentos de intervenção,

posturas prolongadas e inadequadas, flexões da coluna vertebral. Devo acrescentar que a imprevisibilidade dos locais a que ocorreremos desde a via pública, sujeitos às condições meteorológicas adversas, domicílios com escadarias de difícil acesso para transporte das vítimas, são fatores que adiciono quanto aos riscos inerentes à assistência pré-hospitalar.

A regra básica de atuação inicia-se pelas condições de segurança dos reanimadores. Quando nos depararmos com uma vítima, a primeira preocupação deve ser para com a nossa própria segurança. O reanimador não deve expor-se a si ou a terceiros a maior risco do que o que corre a própria vítima, pelo que uma avaliação visual adequada deve ser realizada aquando da chegada ao local da ocorrência, por forma a garantir as condições de segurança desejadas (INEM, 2012).

Devem ser avaliados os possíveis riscos como, como por exemplo:

- Ambiental – choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego;
- Toxicológico – exposição a gás, fumo ou outros tóxicos;
- Infecioso – tuberculose, hepatite, VIH, etc. (INEM, 2012).

Das situações ocorridas no estágio as condições de segurança estavam garantidas para a nossa atuação.

No Serviço de Urgência o enfermeiro responsável pela sala de emergência possui um telemóvel pelo qual é avisado da ativação da sala de emergência e habitualmente da proveniência do utente, sendo-lhe passada alguma informação acerca do mesmo. No caso de utentes provenientes da rua e acompanhados por equipas do INEM, é o próprio CODU que realiza a chamada a avisar da chegada dos utentes. A transmissão da informação permite-nos planear a nossa atuação. A título de exemplo aquando de uma chamada foi-nos transmitido que daria entrada na sala de emergência, acompanhada pela equipa da VMER uma utente vítima de intoxicação voluntária por organofosforados. Esta informação permitiu-nos

principalmente adequar as medidas de prevenção individuais e planejar a intervenção terapêutica e não terapêutica adequada à situação.

Das experiências vividas em contexto da sala de emergência devo ressaltar que tive oportunidade de colaborar na abordagem à vítima politraumatizada no caso uma vítima de atropelamento e em diferentes situações de emergência médica como situações de acidente vascular cerebral, crises convulsivas, alterações de estado de consciência e intoxicações medicamentosas voluntárias. Em contexto de ativações de caráter intra-hospitalar tive duas situações de paragem cardiorrespiratória que me permitiram desenvolver competências a nível do suporte avançado de vida. Por forma a organizar as experiências ocorridas na sala de emergência, elaborei um registo das ativações como se pode analisar no ANEXO II.

Estas experiências permitiram-me desenvolver competências na abordagem da vítima na sala de emergência. Para tal também procurei conhecer e estudar os protocolos existentes e a medicação de primeira linha e respetivas diluições e formas de administração. A título de exemplo e por ser a experiência mais comum encontrada, nos casos de ativação da Via Verde AVC a abordagem ao utente era realizada de forma autónoma, ainda que com supervisão do orientador, o que me possibilitou desenvolver competências de atuação desde a admissão, permanência na sala de emergência e transferência para outro serviço, não descurando um cuidar holístico e o envolvimento da família em todo o processo. Referente também aos casos de AVC, tive oportunidade de realizar trombólise em contexto de sala de emergência tendo consciência dos riscos e da vigilância necessária ao utente tais como vigilância de sinais vitais e alteração do estado de consciência e vigilância de hemorragias.

Ao longo do estágio mantive presente o pensamento critico-reflexivo o que me permitiu atingir vários objetivos. Procurei, *“refletir na e sobre a minha prática de forma crítica”* e *“demonstrar consciência crítica para os problemas da prática*

profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família”. Neste sentido, face à atuação na sala de emergência surgiu a necessidade de realizar um estudo de caso direcionado a este novo contexto, para mim, de prestação de cuidados (ANEXO III). Não importa o ambiente onde o cuidado se dá, analisar a sua eficácia, efetividade e eficiência, possibilitará a tomada de decisões locais, nacionais e internacionais, a respeito da saúde da população e da sua qualidade de vida. A Enfermagem, por meio dos seus profissionais, pratica os seus cuidados apoiados num referencial metodológico denominado processo de enfermagem que, por sua vez, se apoia no modelo científico (Barros, 2009).

1.2. Gestão de Cuidados e de Recursos em Enfermagem

Face às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista surge o Domínio da Gestão dos Cuidados. Procurei identificar as funções dos diferentes profissionais bem como a metodologia de trabalho implementada por forma a, e como está descrito, na gestão dos cuidados, o enfermeiro deve adequar os recursos à necessidade de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados (OE, 2010b).

Na assistência pré-hospitalar denota-se um trabalho em equipa no qual todos os elementos possuem conhecimentos aprofundados para exercerem as suas funções. A qualidade do atendimento pré-hospitalar está intimamente relacionado com o funcionamento da equipa de saúde. Verificou-se que por vezes, a sintonia de atuação entre os intervenientes, nomeadamente médico/enfermeiro e enfermeiro/Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) e o relacionamento com as restantes equipas de intervenção é tal, que a atuação flui tão bem que a comunicação verbal fica para segundo plano.

Muitas vezes, os procedimentos são realizados concomitantemente, e cada um executa uma tarefa, tornando o atendimento ágil e rápido. Esse tipo de

integração tem sido descrito nas situações de emergência em que é necessário realizar ações de forma articulada, em que os profissionais agem de forma cooperativa, sintonizada e precisa. Essas intervenções configuram um trabalho coletivo no qual, dada à gravidade da situação, está presente a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade entre os profissionais envolvidos (Pereira e Lima, 2009).

Mesmo reconhecendo as diferenças de cada um dos intervenientes da assistência pré-hospitalar (enfermeiros, médicos, TAE, bombeiros etc.), em função da formação técnica, e a hierarquização, em função do saber, esses elementos não são determinantes para definir o espaço de cada um na assistência pré-hospitalar. O importante é que o profissional precisa saber aplicar os conhecimentos às situações que são vivenciadas no cotidiano, ter capacidade de avaliar e tomar decisões, competência para realizar os procedimentos necessários a cada situação e, fundamentalmente saber trabalhar em equipa, que é a essência do trabalho no atendimento pré-hospitalar (Pereira e Lima, 2009).

No Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, o modelo de organização para a prestação de cuidados é um método misto e consiste na junção do método individual ou de casos com o método de equipa.

O método individual ou de casos é o método privilegiado, sendo que os enfermeiros assumem total responsabilidade pelo atendimento de todas as necessidades dos pacientes a eles designados durante o turno, existindo autonomia e responsabilidade dos enfermeiros na gestão dos cuidados. O enfermeiro chefe responsabiliza-se pela supervisão e avaliação dos cuidados, e tem poder decisório sobre todas as etapas do processo. A principal desvantagem neste método ocorre, quando o enfermeiro não estiver capaz de prestar todos os cuidados ao paciente (Costa, 2004).

O método em equipa também é essencial na assistência ao cliente. A assistência é centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa

(que ocorrem nas passagens de turno), nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e traçam maneiras de atendê-las. Os cuidados passam, sem cessar, da fragmentação à continuidade. Assenta em alguns pressupostos: O cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível sendo fundamental o planeamento de cuidados; A equipa de enfermagem tem o direito de receber ajuda para fazer o seu trabalho sendo que um grupo de responsáveis pelos cuidados, sob a liderança de um enfermeiro, pode proporcionar o melhor cuidado aos clientes do que atuando individualmente (Kron e Gray, 1989 citado por Costa 2004).

No Serviço de Urgência o modelo de organização para a prestação de cuidados nas principais valências é maioritariamente o método de cuidados de enfermagem funcionais, que consiste numa estrutura em que trabalho é organizado em tarefas, e em que cada trabalhador é responsabilizado pela realização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Lopes, 1995, citado por Costa, 2004). Consiste numa estrutura de tarefas que requer a execução repetida de atividades simples com vários utentes e um desempenho rápido e eficiente de ações de enfermagem (puras técnicas). A ênfase é “fazer com que seja feito”, levando a enfermagem funcional a ser descrita como método de atendimento tipo “linha de montagem” (Kron e Gray, 1989 citado por Costa, 2004) no qual, o enfermeiro não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas tão-somente pela concretização de tarefas prescritas.

A par da organização e dos modelos identificados para a prestação de cuidados procurei, no Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos e no Serviço de Urgência, trabalhar o objetivo *“liderar equipas de prestação de cuidados especializadas”* e *“realizar a gestão de cuidados”*. No Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos pude participar nos processos de liderança do responsável de equipa colaborando com o enfermeiro responsável na gestão dos cuidados de enfermagem. Eram funções do enfermeiro responsável, nas quais pude discutir e

participar por exemplo, planificar a distribuição dos cuidados, atribuindo os clientes aos diversos membros da equipa, segundo o grau de dependência, mas também segundo outros critérios como por exemplo o facto de haver doentes infetados na unidade, tentando que o mesmo enfermeiro ficasse com a atribuição destes doentes. Outro cargo do enfermeiro responsável diz respeito à tomada de decisão face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional que ocorram entre os enfermeiros da sua equipa perante uma situação concreta, por exemplo a organização da saída dos enfermeiros/doentes para realização de exames complementares de diagnóstico. Dada a especificidade do serviço, cabia também ao enfermeiro responsável de turno fazer face à coordenação do trabalho de enfermagem nas situações de emergência.

Importa referir que quanto aos recursos humanos, o Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos do CHVNG/E cumpre os requisitos definidos pelo documento desenvolvido pela Direção Geral da Saúde “Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu Desenvolvimento” (DGS, 2003a).

Outra das imputações do enfermeiro responsável diz respeito à gestão de recursos materiais e de equipamentos. Não se trata de uma responsabilidade exclusiva uma vez que todos os profissionais devem participar na gestão dos materiais e no bom funcionamento e integridade dos mesmos. Dada a especificidade do serviço e organização do mesmo tive necessidade de procurar entender todo o equipamento e respetiva caracterização funcional de cada unidade física. As mesmas são dotadas de inúmeros equipamentos e especificações como se poderá observar pela análise do ANEXO IV.

No Serviço de Urgência realizei um turno para acompanhar os enfermeiros da área da gestão. O mesmo permitiu-me colaborar com os enfermeiros responsáveis na gestão dos cuidados de enfermagem bem como participar na gestão de recursos materiais e de equipamentos.

A equipa de enfermagem é constituída por 98 enfermeiros divididos por 5 equipas, cada uma delas com 15 elementos. Os enfermeiros são divididos por áreas de atuação sendo que: 2 enfermeiros são destacados para o atendimento no gabinete de triagem. Para a sala de emergência está destacado um enfermeiro, que caso a sala não seja ativada presta apoio nas outras áreas, onde haja maior afluência de utentes (habitualmente na área médica laranja e na área de internamento). Nas áreas médicas e cirúrgica exercem funções mais dois enfermeiros em cada uma delas. São também alocados 2 a 3 enfermeiros ao internamento da área médica, dependendo do número de utentes, sendo que até ao total de 20 utentes internados são destacados 2 enfermeiros, e superior a 20 são destacados 3 enfermeiros. Devo destacar que no internamento não existe um teto máximo de internamentos, podendo chegar como observei aos 35 utentes internados, e como vários enfermeiros me relataram, na época de Inverno aos 50, 60 internados. Está ainda alocado 1 enfermeiro à área de doentes pouco urgentes e 1 enfermeiro associado ao gabinete de ortopedia e pneumologia que normalmente é o subcoordenador da equipa que acumula funções de gestão e coordenação em colaboração com 1 enfermeiro destacado como coordenador de equipa que exerce as principais funções de coordenação e gestão. No internamento de cuidados intermédios prestam cuidados num rácio de 2 enfermeiros para 6 doentes.

Importa aqui referir, que da minha observação os recursos humanos são muito limitadores para a excelência do cuidado que se idealiza, pelo que reforço o trabalho em equipa que se verifica, mobilizando os enfermeiros destacados para áreas de menor afluência de utentes para áreas de maior afluência como o caso da área laranja.

A coordenação do serviço cabe ao enfermeiro chefe e a dois elementos que lhe dão apoio direto, sendo responsáveis pela gestão dos recursos humanos e materiais.

2. REGISTOS DE ENFERMAGEM

Martins *et al* (2008) realçam que a importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados reforçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados. É imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas são centrais no quotidiano dos enfermeiros, e contribuem não só para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos utentes e suas famílias. Também Abreu *et al* (2011) engrandece que, os registos de enfermagem, pelas informações que apresentam revestem-se de extrema importância pois permitem a transmissão das observações, decisões, intervenções e resultados esperados das ações de enfermagem, assim como assegurar a continuidade de cuidados.

Uma das atividades desenvolvidas de forma a melhorar o meu desempenho diz respeito à realização de registos e processos de enfermagem conforme vigor nos serviços. Surgem neste contexto os Sistemas de Informação (SI) que, são definidos por Teixeira e Cardoso (2003), como uma ferramenta de trabalho que permite transmitir dados sobre o utente entre profissionais e/ ou instituições. Com os SI, a enfermagem passa a integrar uma vasta rede de informação/comunicação devendo no entanto, segundo Abreu *et al* (2011) preservar as características da sua especificidade. Neste sentido, a promoção da continuidade de cuidados apresenta-se como um dos principais objetivos dos SI em Enfermagem (Mota *et al*, 2014).

No serviço de Cuidados Intensivos o SI utilizado é o B-Simple, que pessoalmente não conhecia nem nunca tinha trabalhado. O B-Simple, mais especificamente B-ICU.Care foi concebido para integrar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos. Trata-se de uma ferramenta fácil de integrar que

assegura a operacionalização e transmissão de dados com outros sistemas implementados nos hospitais (B-Simple, 2013). A principal vantagem observada e que facilita muito o trabalho na unidade é que permite reunir, numa só aplicação, informação como os sinais vitais, acesso direto a dados de valores de gasometria, exames complementares de diagnóstico entre outros. Sendo que os registos de enfermagem são de extrema importância, considero que a possibilidade de realizar registos e planos de cuidados nesta aplicação foi muito enriquecedor.

Também no serviço de urgência, inerentes a todas as áreas/valências estão os registos de enfermagem sendo que o SI utilizado é o Alert. Trata-se de um sistema extremamente adequado ao serviço de urgência por ser prático e possuir imensas funcionalidades que nos permitem ter acesso a toda a informação relativa ao utente, bem como as prescrições medicamentosas, de procedimentos, realização de exames, localização do utente e um sem número de informação. O que se verifica com a utilização do Alert é que as intervenções interdependentes, que na sua maioria resultam de prescrições de outro elemento da equipa, como por exemplo, administração de um analgésico endovenoso, acabam por ser validadas como executadas o que fomenta o registo atempado das mesmas e as intervenções à sua execução ficam inerentes no ato de validação, como por exemplo colocação de acesso venoso periférico.

De realçar que apesar deste aspeto tecnicista e prático do sistema de informação Alert, o mesmo também permite efetuar registos das intervenções autónomas do enfermeiro. O que muitas vezes verifiquei foi que os mesmos eram realizados mediante textos pré-definidos e gravados no próprio sistema, no perfil de cada enfermeiro. Esta situação poderia levar a erros de registo caso o enfermeiro não realizasse a adequação do texto pré-definido ao utente atual. A título de exemplo, um dos principais registos verificados diz respeito à colocação de acesso venoso periférico, cujo texto pré-definido se inicia da seguinte forma: “Após obter consentimento verbal para colocação de cateter venoso periférico...”.

Verifiquei que a não alteração deste texto pré-definido levava a situações de registo erradas, nomeadamente em utentes cuja comunicação estava alterada e na qual não seria possível obter o consentimento verbal. Por outro lado verifiquei que muitas intervenções autónomas do enfermeiro não são registadas, como por exemplo o registo de posicionamento de utentes dependentes nas atividades de vida diárias.

De acordo com Costa e Ramalhão citado por Pereira (2005b) existem três tipos de registos: de admissão que devem conter dados bibliográficos, história social e clínica, de evolução que referem essencialmente dados do utente após a prestação de cuidados, e registos de alta/transferência que têm por objetivo dar continuidade aos cuidados de enfermagem após alta/transferência transmitindo a outro profissional informações relevantes sobre o utente. Uma vez que exerço funções no CHVNG/E no serviço de medicina e que diariamente admito utentes provenientes do serviço de urgência, a pesquisa de informação sobre os registos de enfermagem realizados sempre foi um objetivo.

Uma das dificuldades encontradas na admissão dos utentes provenientes do serviço de urgência dizia respeito ao acesso aos registos de enfermagem por forma a dar continuidade à prestação de cuidados, pois tal como refere Currell e Urquhart (2003) citados por Mota et al (2014, pg.86) *“a qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária.”*

A continuidade dos cuidados, segundo Mota et al (2014), representa um dos aspetos constantemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Na busca pela excelência do cuidar cedo descobri que no meu serviço tínhamos acesso aos registos efetuados no SI Alert. É-nos permitido aceder aos registos quer da permanência no serviço de urgência quer do internamento temporário na área médica. Por outro lado, aquando da realização

do estágio foi instituída a realização dos registos de transferência de alta clínica, quer a alta seja realizada para serviços intra-hospitalares, inter-hospitalares ou domicílio/lar.

3. A COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO

O doente em estado crítico constitui uma situação particular, na qual a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidos, seja por dificuldade ou incapacidade de exprimir as necessidades de forma verbal ou não verbal, por exemplo em situações de alteração de estados de consciência (Saraiva e Martinho, 2011).

Os autores supra citados referem ainda que sendo o desenvolvimento de uma comunicação eficaz um excelente indicador de qualidade de saúde e dos cuidados prestados, cabe a cada enfermeiro a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de competências nesta área, melhorando a técnica e a forma de comunicar, interpretando as dificuldades e necessidades do doente em estado crítico, rumo à satisfação e excelência do cuidar.

Do objetivo *“demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* foram sentidas algumas dificuldades, que no entanto foram ultrapassadas ao longo do estágio.

Em contexto de Assistência Pré-Hospitalar foram algumas as dificuldades encontradas no que concerne ao desenvolvimento de uma comunicação eficaz e tal como defendem Tigulini e Melo (2002) sobretudo nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente afetada tendo em conta todos os envolvidos, os profissionais de saúde que “correm contra o tempo”, o doente que se encontra em situação de risco de vida, e a família que enfrenta o medo das consequências.

Da comunicação com a vítima e familiares verifiquei que por vezes é necessário orientar o foco de atenção e direcionar a comunicação para a situação atual. Frequentemente as famílias, quando questionadas pela situação tendiam a

relatar aspetos que, em situação de assistência pré-hospitalar não seria pertinente. É necessário ser objetivo na descrição da situação para que a atuação seja rápida e atempada. É evidente que os familiares e a relação/comunicação são de extrema importância, nomeadamente para saber a situação atual, os antecedentes pessoais da vítima que sejam mais relevantes, medicação habitual, eventuais alergias e última refeição. Uma vez que a casuística das ativações nos diferentes meios foram de pessoas mais idosas, esta comunicação com a família era de extrema importância. Tive oportunidade de estabelecer comunicação com vários familiares e vítimas com o intuito de fazer a recolha de dados.

Tigulini e Melo (2002) partilham da opinião que a família do doente não deve ficar fora da esfera de atuação e que merece toda a atenção e respeito dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, a quem habitualmente reportam os seus medos, angustias e conflitos. Estes medos e angústias por parte das famílias foram muitas vezes vivenciados, com expressões “Acha que é muito grave?”, “Por favor façam tudo que seja possível”, “A situação é grave, não é?” às quais as equipas e eu enquanto enfermeira estagiaria tentava dar resposta.

Apesar de toda a dinâmica de atuação que se impõe que seja rápida e eficaz existem estratégias verbais e não-verbais para uma boa comunicação como as referidas por Cintra *et al* (2003) citado por Saraiva e Martinho (2011):

- Estratégias verbais: promover a empatia e o ambiente de interação, repetir a interação sempre que necessário, certificar-se que a informação foi compreendida, saber ouvir/incentivar a comunicação, usar um tom de voz adequado, ser sincero e transparente, manter um discurso coerente, utilizar termos simples e precisos.
- Estratégias não-verbais: manter contato ocular e uma boa atitude corporal, aparência física adequada, expressão facial, respeitar silêncios, adequar os gestos e a postura, utilizar o toque e disponibilizar tempo.

Como referido anteriormente, nem sempre é possível disponibilizar o tempo necessário, mas há sempre algum gesto e palavra que podem fazer a diferença. Daqui surge-me relatar algumas situações onde o desenvolvimento da comunicação foi fulcral e indispensável.

Uma ativação, referente a paragem cardiorrespiratória, aquando da chegada ao local foram iniciadas manobras de Suporte Avançado de Vida. Pessoalmente toda a situação foi marcante, primeiro porque conhecia a vítima por ter estado internada no serviço onde exerço funções, tendo conhecimento dos antecedentes pessoais nomeadamente de várias tentativas de suicídio que posteriormente se viria a confirmar. No local encontravam-se o filho (que teria iniciado manobras de suporte básico de vida) e o marido. As manobras de suporte avançado de vida foram paradas quando percebemos que efetivamente se tratava de uma situação de suicídio por enforcamento. Toda a situação, cheia de carga emotiva, mais uma vez demonstrou a imprevisibilidade das situações a que podemos estar sujeitos no meio pré-hospitalar. O prestar apoio, o comunicar, o estar disponíveis para ouvir os familiares foi uma forte experiência vivenciada.

Contatei com várias situações de suicídio, bem como várias situações de paragem cardiorrespiratória não revertidas e inesperadas para os familiares, que nos levaram para o campo da comunicação de más notícias, nomeadamente a comunicação do falecimento dos familiares. Os profissionais de saúde, no âmbito pré-hospitalar devem estar preparados para todas estas situações sendo dotados não apenas de competências técnicas mas também humanas e relacionais.

A comunicação de más notícias em saúde continua a ser uma área de grandes dificuldades na relação doente/família/profissional de saúde constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. São situações que geram perturbações quer na pessoa que recebe a notícia quer na que transmite, pelo que a comunicação deste tipo de notícia é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde não só pelo

receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, mas também pela dificuldade de gerir a situação (Pereira, 2005a).

A autora supra citada refere que quer para os profissionais de saúde quer para os cidadãos a “má notícia” está quase sempre associada à morte. E quando se fala de situações de morte inesperada ou morte súbita, como observei e vivenciei noutras duas situações de paragem cardiorrespiratória, a dimensão da transmissão da má notícia é ainda maior. De notar que o INEM dispõe de um psicólogo destacado, que quando pertinente é ativado para acorrer ao local, como aconteceu no caso descrito.

Um outro caso em que a comunicação foi extremamente importante, também numa situação de paragem cardiorrespiratória não revertida que aconteceu numa consulta de rotina no médico de família foi, aquando das manobras e suporte avançado de vida, pedir a algum médico presente que fosse transmitindo a situação que estava a ocorrer. O prognóstico era grave, daí, e para que a notícia do falecimento não fosse dada “de surpresa”, tomamos esta atitude.

Importa aqui fazer um parêntese para referir que em situações de óbitos no local da ocorrência existem muitas diligências a serem tomadas, nomeadamente a solicitação das autoridades ao local e, no caso do médico assistente não certificar o óbito, é necessário o encaminhamento para o Instituto de Medicina Legal, o que para as famílias se torna uma espera ainda mais penosa.

A comunicação com as equipas para a resolução dos problemas também se revelou da máxima importância. Por norma quando os meios chegavam ao local da ocorrência já se encontrava uma equipa de bombeiros que realizava uma primeira abordagem da vítima. A comunicação com as diversas equipas demonstra a coordenação e o trabalho em equipa dos diferentes meios.

Nos Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos encontram-se diariamente doentes submetidos a diversos tipos de intervenção que condicionam a possibilidade de comunicação verbal. Ficam impedidos de se expressar com

clareza devido a dispositivos de ventilação artificial (entubação traqueal, traqueostomia), sedação, coma, entre outros aspetos perdendo o poder de controlar o próprio corpo (Saraiva e Martinho, 2011).

A perda repentina da capacidade de falar acarreta implicações tanto para o doente como para os familiares assim como para os próprios profissionais de saúde tornando-se numa experiência devastadora. A comunicação é um elemento essencial à vida humana e como tal, nos momentos de maior fragilidade pode contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do doente e família (Gonçalves, 2008).

O doente ventilado mecanicamente apresenta alterações da comunicação verbal relacionada com a presença de prótese ventilatória que se manifesta pela não emissão de sons (Silva et al, 2006). Importa referir que em muitos casos os doentes se encontravam sedados, e dependendo do nível de sedação a comunicação também seria mais, ou menos prejudicada.

Como referi anteriormente, a comunicação com o doente ventilado mecanicamente tornou-se um desafio a ultrapassar. Alves (2012), constatou que o processo de comunicação entre enfermeiro e doente submetido a ventilação mecânica invasiva tem influência de alguns fatores que subdividiu em categorias:

- Centrados nos doentes: estado de consciência/nível de sedação; função neuromuscular; idade do doente; ansiedade/agitação.
- Centrados no enfermeiro: experiência profissional; dificuldade na compreensão da mensagem do doente; formação sobre comunicação.
- Centrados na dinâmica da unidade de cuidados intensivos: familiar presente; colaboração entre colegas; fatores ambientais; falta de informação e sobrecarga de trabalho.

Mediante a impossibilidade de comunicação de forma verbal torna-se imperativo estabelecer um sistema alternativo de comunicação. Gonçalves (2008) destaca como opção o uso da Comunicação Alternativa e Suplementar (CAS) que é

definida como uma área de atuação clínica que objetiva compensar (temporária ou permanentemente) as dificuldades de indivíduos com desordens severas de expressão, ou seja, prejuízos severos da fala, linguagem e escrita. A CAS baseia-se no uso de um grupo integrado de componentes, incluindo símbolos, estratégias e técnicas usadas pelos utentes para realizar a sua comunicação. Tradicionalmente, estes sistemas de comunicação são usados na reabilitação de pessoas com paralisia cerebral, doenças neuro-degenerativas, entre outras, no entanto, no doente crítico o seu uso, pode fazer a diferença entre a comunicação e a não comunicação.

Um caso que me parece importante relatar vivenciado no estágio diz respeito a um utente que se encontrava traqueostomizado, o que impedia a comunicação verbal pela emissão de sons. A sedação teria sido suspensa pelo que o utente encontrava-se consciente, no entanto e como já referi incapacitado de comunicar de forma verbal. Verifiquei que o doente se encontrava bastante ansioso, agitado a tentar comunicar com a equipa, no entanto de forma ineficaz. Neste sentido tentei encontrar alternativas à comunicação verbal. Inicialmente optei por colocar questões fechadas, em que o doente de uma forma não-verbal me respondia “sim” ou “não”. Uma vez que não estava a ser eficaz questioneei o doente se seria capaz de escrever num bloco o que pretendia comunicar. Uma vez que a resposta foi afirmativa forneci-lhe um bloco e uma caneta onde ele escrevia tudo o que nos queria transmitir. Este caso confirma que o relacionamento enfermeiro/pessoa doente tem de se integrar num processo terapêutico de interação, afinidade, compreensão, conhecimento mútuo e de aceitação demonstrados em 4 grupos: expressão facial e postura corporal, movimentos e gestos e linguagem escrita ou visualização que são a essência das CAS (Simões, 2011).

É importante, na minha opinião observar e avaliar cada doente por forma a encontrar alternativas de comunicação. Por outro lado, como referi anteriormente, por vezes encontram-se internados doentes com diversas situações clínicas

nomeadamente com alterações do estado de consciência. Importa aqui manter sempre a comunicação com o doente. Por experiência ao longo do estágio verifiquei que era essencial comunicar com o doente aquando da prestação de cuidados nomeadamente os cuidados de higiene, posicionamentos, aspiração de secreções entre outras. Como refere Simões (2011) sabe-se que o processo de comunicação, entendido como o meio de transmitir ou receber mensagens, envolve mais que um sujeito. Todavia, em casos particulares de doentes com alterações do estado de consciência, nomeadamente o coma, a comunicação envolverá um emissor mais ativo e um recetor mais passivo. Importa no entanto manter o doente informado das medidas terapêuticas que lhe dizem respeito, pedir-lhe colaboração e sobretudo tranquiliza-lo.

A comunicação com o doente é desde sempre a essência de todas as intervenções de enfermagem sendo que quando se cuida de doentes incapacitados de comunicar se torna um desafio às habilidades profissionais e humanas dos enfermeiros (Saraiva e Martinho, 2011).

Considero que o desenvolvimento de competências a nível da comunicação foi gradual, tendo no final atingido os objetivos procurando estratégias de comunicação que me permitissem estabelecer com o doente relações de profundo significado humano e terapêutico.

Este objetivo foi também desenvolvido no serviço de urgência, pois a comunicação está inerente à prestação de cuidados em todos os contextos. Nos diversos setores a que estava alocada tinha por base a comunicação com o utente e família. Daqui revelaram-se contributos pessoais e profissionais principalmente no que respeita à explicação do funcionamento do serviço de urgência relativamente aos tempos de espera. Era frequente, quando recebia um utente explicar-lhe todos os procedimentos que iria realizar, nomeadamente a colheita de espécimes para análise e administração de terapêutica e consequentemente o tempo de espera estimado para reavaliação médica.

Segundo Silva (s.d) muitas reclamações não ocorreriam se houvesse maior e melhor informação. Uma comunicação de qualidade estabelecida entre as equipas multidisciplinares, utente e família, favorece a adesão e o sucesso do tratamento, redução dos gastos em saúde, maior confiança do utente e redução do nível de ansiedade do utente/família. Diante disso, a qualidade da comunicação, no contexto da saúde, não é direcionada somente ao utente/profissional de saúde, mas para a toda a equipa multidisciplinar e família.

A comunicação é parte integrante dos cuidados da enfermagem, a qual colabora para que o doente consiga enfrentar e conviver com as diferentes etapas que se apresentam durante o processo de doença (Silva, s.d.).

4. REFLEXÕES ÉTICO-DEONTOLÓGICAS AO LONGO DO ESTÁGIO

A profissão de enfermagem, regulada pelo Código Deontológico do Enfermeiro, implica o desenvolvimento da atividade de enfermagem tendo por base princípios ético deontológicos. Da análise do Código de Ética dos Profissionais do INEM, inerente a todos os profissionais desta instituição, verifica-se a crescente preocupação de que a assistência pré-hospitalar seja pautada por valores comuns e princípios de conduta. No mesmo documento pode ainda ler-se que “ *o profissional tem que assumir algum grau de risco pessoal ao cuidar de doentes agitados, não cooperantes, que recusam ser tratados ou que são portadores de doenças infecto-contagiosas, tem que lidar com desafios sociais e psiquiátricos, tem que responder a situações que podem representar potenciais desafios éticos.*” (INEM, s.d.).

Do objetivo “*tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas*” surge-me expor uma situação que me levou a realizar uma análise relativa a uma senhora de 48 anos que após crise convulsiva revertida se apresentava hipertensa, e dados os antecedentes pessoais de aneurisma cerebral, era aconselhável o transporte ao hospital para avaliação diferenciada. Foram explicados os riscos inerentes à situação clínica, no entanto a utente recusou o transporte ao hospital, assinando o termo de responsabilidade.

Neste contexto está implícito o Consentimento em Saúde que consiste numa manifestação de respeito pelo ser humano, esteja doente ou não. Reflete em particular o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação de uma decisão livre e esclarecida (DGS, 2013).

O Consentimento em Saúde encontra-se regulado pela Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o direito Português pelo Decreto do Presidente da República nº1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº1/2001 de 3 de Janeiro (Deodato, 2012).

O consentimento em saúde destina-se a qualquer intervenção no domínio da saúde, ou seja, todo e qualquer cuidado de saúde. Deverá ser obtido da pessoa a quem vão ser prestados os cuidados sem interferências de terceiros nomeadamente da família, salvo exceções.

Existem situações em que o utente é incapaz de consentir por se apresentar incapaz, como é o caso dos menores e dos adultos com alterações da consciência. Quando a pessoa se encontra impedida de prestar o consentimento livre e esclarecido o profissional de saúde atua tendo em consideração o “benefício direto” no sentido da promoção do benefício do cuidado à pessoa atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, conhecimento científico e os deveres deontológicos (Deodato, 2012).

Da situação vivenciada, não nos poderíamos fazer valer do benefício direto uma vez que se tratava de uma senhora consciente e orientada, com capacidade de decisão.

A nível de Assistência Pré Hospitalar, e sendo um direito dos utentes, consagrado na Lei de Bases da Saúde – Lei nº 48/90 de 24 de agosto, alterada pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, na Base XIV relativa ao denominado estatuto dos utentes que engloba os direitos e deveres das pessoas que utilizam as unidades de saúde de todo o sistema, surge-me a necessidade de fazer uma observação relativa à privacidade dos utentes aquando do atendimento pré-hospitalar.

Numa das ativações, referente a um senhor com hematemese, após abordagem inicial e estabilização da vítima foram questionados os antecedentes pessoais. As respostas foram vagas e difusas demonstrando algum constrangimento. Neste sentido, e por a família se apresentar no local foi feito o

pedido à mesma para se ausentar para que pudéssemos atuar em benefício da vítima. O principal intuito desta abordagem à família foi o de manter a privacidade da vítima, uma vez que só referiu alguns antecedentes pessoais quando se encontrava sozinho. Esta situação alertou-me para a necessidade de atuarmos, em contexto pré-hospitalar, cumprindo todos os princípios éticos e legais nomeadamente no que concerne aos direitos dos utentes. Por vezes estamos focados em estabilizar a vítima, o que é prioritário e descuramos pequenos grandes pormenores. Situação como a descrita anteriormente permitiu-me desenvolver competências humanas e relacionais, privilegiando a relação de proximidade e de ajuda que se estabelece entre os profissionais e as pessoas assistidas, através de uma abordagem não unicamente centrada na sintomatologia, mas abrangendo as suas múltiplas dimensões (Oliveira e Martins, 2013).

Outra análise realizada ao longo do estágio diz respeito à passagem de turno junto do utente. A passagem de turno em enfermagem representa um momento de extrema importância de aprendizagem e transmissão de informação relativa ao utente cuidado. Corresponde a um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação (OE, 2001).

Na unidade de cuidados intensivos, a mesma é realizada em dois momentos. Um inicial, onde o responsável de turno, em sala de trabalho, transmite informação geral do serviço e de cada doente em específico e outro momento, em que cada enfermeiro responsável pelo doente transmite a informação detalhada do mesmo ao colega que o vem substituir por forma a haver uma continuidade de cuidados.

Os locais de passagem de informação, segundo o parecer do Conselho Jurisdicional/20 de 2001, são geridos em cada contexto de trabalho e atendendo às suas necessidades, de forma considerada mais adequada para responder às finalidades de trabalho. Neste sentido, e como acontece no local de estágio, tanto

podem ocorrer em espaços de trabalho específicos ou exclusivos dos enfermeiros como no espaço da unidade de cada utente, ou outras, não sendo estas mutuamente exclusivas (OE, 2001).

No entanto, devemos ter em conta que nas passagens de turno a informação é transmitida de forma oral, complementando a informação escrita, pelo que devem ser ponderadas as vantagens e inconvenientes de cada opção (passagem de turno em presença do utente em enfermaria, e devo salientar a presença de outros utentes a escassos metros, e/ou a passagem de turno em salas de enfermagem).

A questão que se coloca, alvo de reflexão diz respeito à passagem de turno junto dos doentes e em espaços de enfermaria, neste caso numa unidade de cuidados intensivos mista, que comporta dois quartos de isolamento, sendo que as restantes camas se encontram num espaço aberto.

Quando a passagem de turno se realiza nestes contextos é necessário ter em consideração alguns aspetos, visto que os conteúdos da informação tenderão a ser diferentes dos que poderão ser transmitidos numa sala de enfermagem, ou num contexto mais privado (OE, 2001).

No decorrer do exercício profissional têm de ser salvaguardados os direitos dos utentes, nomeadamente, no que respeita à privacidade e confidencialidade, o dever do sigilo e o privilégio terapêutico.

- Do direito à privacidade, deve ser garantida a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, preservar o anonimato.
- Do direito à confidencialidade enquanto garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada que decorre o dever do sigilo profissional.
- Do respeito pelo direito à privacidade implica o dever dos profissionais de saúde de praticar qualquer ato no respeito pela intimidade da pessoa – estando em princípio apenas as pessoas necessárias para a prática do ato – e

é de salientar a ideia de que, quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja bem-estar, segurança física, emocional e social e os seus direitos.

- O conceito de privilégio terapêutico diz respeito à omissão de informação se entender que a mesma se revela prejudicial ao estado de saúde do utente ou o seu restabelecimento. Não sendo regra geral, a possibilidade de privilégio terapêutico decorre de o profissional de saúde avaliar que determinadas informações podem ser manifestamente prejudiciais para o utente e assim omitir parte ou a totalidade da informação, de acordo com o princípio da beneficência. Se bem que a sua utilização se reserva a casos excecionais (e distingue-se do desconforto psicológico associado a informação de doença grave com prognóstico reservado), tem de ser preservada a possibilidade da sua utilização e é também com esta preocupação que se deve seleccionar a informação a veicular (OE, 2001).

Neste sentido, o que poderá estar em causa no que concerne à temática abordada, não é o local propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas diante de terceiros.

Da observação realizada no Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, eram tidos em conta os conceitos supra descritos de uma forma geral. No entanto, e visto que a unidade de cuidados é uma unidade mista, na zona aberta a passagem de informação deve ser contida na unidade do doente, num tom de voz calmo e baixo por dois motivos. Por um lado para que a informação relativa ao doente não seja escutada por terceiros (doentes das outras unidades), e por outro lado para que não seja criada ansiedade no doente em causa da passagem de turno.

Para os profissionais de saúde, a passagem de turno junto ao doente possibilita ter uma visão mais objetiva da informação transmitida, mas para o doente cuidado poderá criar ansiedade “ouvir” falar do estado atual tendo em

conta o uso de terminologia técnica e científica como por exemplo “ tem em perfusão morfina a 3cc/h”, ou “o dreno A drenou 200cc de conteúdo hemático”.

Esta reflexão também se verificou no serviço de urgência cujas limitações do espaço físico me levaram a expor uma situação problema e, conseqüentemente, a realização de uma análise reflexiva no que concerne à falta de privacidade do utente no serviço de urgência.

Considero que o espaço físico da instituição é muito limitador relativamente à conservação da privacidade dos utentes admitidos. Daqui depreende-se a violação de direitos fundamentais dos doentes resumidos na Carta dos Doentes Internados. A referida carta agrupa direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos direitos fundamentais da União Europeia (DGS, s.d.).

Ressaltarei neste ponto alguns aspetos que considero pertinentes descrever considerando a análise da Carta dos Doentes Internados e das situações observadas durante o estágio no serviço de urgência.

A principal imagem do serviço de urgência corresponde a um amontoar de utentes em macas alocados pelos corredores e pelos espaços físicos existentes, nomeadamente a “área laranja”. Logo neste ponto ressaltam os direitos: “*O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana*” (DGS,s.d,pg.3) em que sempre e em qualquer situação toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está internada e fragilizada pela doença (DGS,s.d). Um ponto fundamental inscrito na Carta dos Direitos do Doente Internado respeitante à dignidade humana refere que “*Não é admissível, salvo por período curto nunca superior a 24 horas, a permanência de doentes em macas durante o internamento*” (DGS,s.d,pg.3). A realidade é bem diferente do direito, pois os utentes permanecem por períodos bem superiores a 24h em macas, em condições de falta de privacidade, e individualidade.

Garantir o respeito pela intimidade é um dever de qualquer enfermeiro tal como está inscrito no artigo 86º do Código Deontológico do enfermeiro na alínea b): *“salvaguardar sempre no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e intimidade da pessoa”* (OE, 2012, pg. 78). É de notar que as equipas de enfermagem estão sensibilizadas e se esforçam para prestar cuidados de qualidade, no entanto os recursos físicos e humanos nem sempre o permitem. Por exemplo, para a prestação de cuidados de higiene e conforto como a muda de uma fralda, a colocação de um urinol ou aparadeira, tenta-se quando disponível usar cortinas (muitas vezes improvisadas com lençóis) ou colocar o utente num local onde exista maior privacidade o que nos leva para a análise do ponto seguinte em que *“O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico”* (DGS,s.d,pg.10).

O respeito pela intimidade do doente deve ser preservado durante os cuidados de higiene, as consultas, as visitas médicas, o transporte em maca e em todos os momentos do seu internamento. Embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer (DGS,s.d).

“O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam” (DGS,s.d,pg.9) em que todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais – são confidenciais (DGS, s.d).

O que muitas vezes verifiquei foi que a informação clínica dos doentes era transmitida não só junto a outros utentes, como também acompanhantes e familiares. Prova de que estas situações ocorriam diz respeito a uma abordagem de uma senhora que me referiu ter ouvido falar do senhor X que estava na maca ao lado e que por sinal era seu vizinho, cujo intuito seria confirmar a informação previamente adquirida.

Ainda no serviço de Urgência, da passagem pela Área Médica e Cirúrgica devo realçar um ponto que me suscitou alguma inquietude. Aquando de uma passagem de turno foi-nos transmitida a informação que um utente se encontrava com febre e que lhe teria sido administrado o antipirético X. Dada a informação transmitida, optei por reavaliar a temperatura do utente em questão, que mantinha uma temperatura axilar de 39º Celcius e a mesma foi comunicada ao enfermeiro. Por surpresa foi-me comunicado que essa reavaliação cabia à equipa médica que posteriormente prescreveu novo antipirético.

Surge-me expor, analisando esta situação que, de acordo com o Regulamento Profissional do Exercício dos Enfermeiros (REPE) no seu artigo 9º, as intervenções do enfermeiro podem ser autónomas e interdependentes. São consideradas intervenções autónomas, de acordo com análise do artigo 9º do REPE no ponto 2, as ações realizadas pelos enfermeiros, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados (...). Por seu lado no ponto 3 do mesmo artigo são definidas como intervenções interdependentes as realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Neste sentido, considero que a avaliação de resultado da intervenção interdependente da administração do antipirético não cabe exclusivamente ao médico como me foi referido, e analisando o 9º artigo do REPE, ponto 4 “(...) *em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais.*” (OE, 2012,pg.18) na alínea e) define-se que “*procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade (...)*” (OE, 2012,pg.19). Ora dado que se tinha procedido à administração de antipirético, cabe ao enfermeiro avaliar os efeitos da medicação

administrada. Desta forma agi em conformidade com o objetivo *“zelar pelos cuidados prestados na área de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica”* e considero que como atividades planeadas desenvolvi a tomada de decisão tendo presente os princípios ético-deontológicos da profissão, cultivei a responsabilidade profissional e o respeito pelo Código Deontológico e pelo REPE, bem como identifiquei e corriji falhas de índole técnica e relacional entre a equipa multidisciplinar que colocam em causa a garantia da qualidade dos cuidados prestados.

5. A AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

No Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos a avaliação da dor no doente crítico tornou-se um desafio na minha experiência profissional. O facto de os doentes estarem monitorizados nas unidades de cuidados intensivos permite-nos ter uma avaliação constante do estado hemodinâmico do doente, no entanto, a avaliação da dor, apesar de alguns sinais físicos sugestivos da mesma, como por exemplo a taquicardia e a agitação, requer o uso de uma avaliação pormenorizada através do uso de escalas avaliativas específicas em doentes sedados e com ventilação mecânica incapazes de comunicar.

Das dificuldades na avaliação da dor, da pesquisa bibliográfica sobre o tema e da observação participante na unidade de cuidados intensivos da avaliação da dor, surgiu a proposta de desenvolver um trabalho sobre a temática, o qual foi aceite prontamente por se tratar de uma necessidade do serviço. Também os enfermeiros constituintes do Grupo de Avaliação da Dor do serviço se mostraram recetivos à abordagem do tema, na medida em que seria um trabalho que pretendiam desenvolver e que ambicionavam trabalhar mais no futuro. Procurei neste sentido, tendo por base os objetivos previamente traçados, *“identificar as necessidades formativas”*, bem como *“comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”*.

Da consciência acrescida da necessidade de detetar problemáticas no serviço de Cuidados Intensivos foi identificado ao longo do estágio uma lacuna no que concerne à monitorização e avaliação da dor no doente crítico. Neste sentido propus-me desenvolver um projeto que colmatou com a apresentação e formação em serviço sobre a respetiva temática. A planificação de um projeto pode ser definida como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a

atingir objetivos fixados, o que implica a coordenação de esforços provenientes de vários setores (Imperator e Giraldes, 1993). O projeto de intervenção, que poderá ser analisado na sua íntegra no ANEXO V, passou por duas fases principais: a identificação junto dos profissionais de saúde das dificuldades sobre a avaliação e monitorização da dor no doente crítico e uma sessão de formação sobre o referido tema.

Como referido anteriormente, a pesquisa bibliográfica foi fundamental para o estudo e desenvolvimento do projeto de intervenção de forma a fundamentar e justificar a temática em estudo. Neste sentido importa explanar alguns conceitos referentes a avaliação da dor no doente crítico.

A DGS desenvolveu o Programa Nacional de Controlo da Dor o qual visa normalizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

A dor caracteriza-se como sendo um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a deteção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura (DGS, 2008).

A dor é definida pela Internacional Association for the Study of Pain como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só um componente sensorial mas, também, um emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (MERSKEY e BOGDUK, 1994). Esta definição permite concluir que a dor não é apenas uma experiência puramente sensorial, mas também tem um impacto emocional (DGS, 2008).

Importa aqui observar a dor multidimensional. Perguiça e Sobral (2003) referem que a dor apresenta duas componentes

referem que a dor apresenta duas componentes principais, a perceção da sensação de dor e as reações emocionais a essa dor. Daqui observa-se a dor como uma experiência única e subjetiva. É influenciada pela personalidade, atitudes, valores culturais, o meio que nos rodeia e o significado que tem para cada um, tornando-se não só uma experiência física mas também uma experiência emocional, social e espiritual. Como experiência subjetiva a dor tem vertente psicológica, comportamental e física.

O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

Do mesmo modo, e pela definição da dor como 5º sinal vital, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatória, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2003b). No entanto, devo acrescentar que a mesma circular, apesar de indicar as escalas que poderão ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor a mesma não contempla escalas para avaliação da dor em unidades de cuidados intensivos, em doentes sedados e por vezes impossibilitados de comunicar.

Decorrente desta situação, e pelo fato dos profissionais de saúde frequentemente subestimarem a dor do doente crítico, embora conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento nas unidades de cuidados intensivos, surgiu por parte do Grupo Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) o desenvolvimento de um estudo relativo às escalas usadas nas unidades de cuidados intensivos portuguesas (SPCI, 2011). Neste sentido, os doentes críticos merecem destaque no que concerne à avaliação da dor, pois devido ao quadro clínico e ao ambiente que estão submetidos podem

ter dificuldades em expressar fisicamente a dor (Fortunato et al, 2013). O mesmo autor refere que existem alguns fatores que comumente causam dor ao doente crítico sendo eles: aspiração de secreções, posicionamentos, tratamento de feridas, ventilação mecânica, lesões cirúrgicas, queimaduras, colocação de dispositivos médicos como cateteres arteriais, venosos e centrais, sondas vesicais, sondas nasogástricas entre outras.

O principal objetivo proposto pelo estudo desenvolvido pelo Grupo de Avaliação da dor foi designar uma escala comportamental para avaliar a dor no doente adulto, submetido a ventilação mecânica, sedado e que não comunicasse de forma verbal e motora por forma a promover o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde na área da avaliação da dor. Deste estudo surgiu o Plano Nacional de Avaliação da Dor.

Neste sentido as escalas recomendadas a usar na avaliação da dor do doente crítico são:

- **Escala visual numérica:** recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam. A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.
- **Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP):** recomendada para avaliar a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados. A BPS-IP foi a primeira a ser concebida e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem (Batalha et al, 2013).

O mesmo autor supra citado desenvolveu um estudo cujo principal objetivo foi adaptar semântica e culturalmente para o Português a BPS-IP/PT e avaliar suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) em doentes internados nos cuidados intensivos com patologia médica e/ou cirúrgica, submetidos a ventilação mecânica e incapazes de autoavaliarem a dor. Deste estudo surgiu a versão portuguesa da escala BPS-IP (BPS-IP/PT) doravante mencionada. A avaliação da

dor pela escala BPS-IP/PT consiste numa avaliação subjetiva através da observação de comportamentos. A BPS-IP/PT inclui 3 itens comportamentais: Expressão facial, Movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador.

A escala BPS-IP/PT corresponde à seleção de um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma cotação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta). O resultado da intensidade da dor corresponderá à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa). Pontuações superiores ou iguais a 4 significam que o doente apresenta dor pelo que se torna pertinente realizar intervenções de alívio (Payen et al, 2001).

Mais recentemente, num estudo desenvolvido por Chanques et al (2009) foi desenvolvida uma adaptação da BPS-IP para utentes que não se encontram entubados, mas que igualmente se encontram impossibilitados de comunicar. Uma vez que esta escala não se encontra validada para Portugal apenas irei fazer referência à mesma como uma ferramenta que poderá ser estudada e adaptada e validada para uso nas unidades nacionais.

Importa referir que as escalas devem auxiliar o profissional para que ele identifique as alterações presentes no utente e use a intervenção adequada, isso implica profissionais bem treinados a fim de saber aplicar a escala e interpretá-la. Pois muito mais do que apontar as alterações presentes, este tipo de instrumento deve nortear as intervenções objetivando sempre o alívio e conforto do utente (Fortunato et al, 2013).

Por outro lado, apesar da existência das escalas ainda se percebe que existem dificuldades para avaliar a severidade da dor no doente crítico como também diferenciá-la do medo e da ansiedade por eles apresentados, para promover o alívio e conforto adequados (Silva et al, 2011).

Com a conclusão do estudo do Grupo de Avaliação da Dor da SPCI recomenda que:

A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos; Deve realizar-se no

início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos), durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos) e imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais); A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso, 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica, 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto; Após a avaliação da intensidade da Dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais (SPCI, 2011).

Da identificação da necessidade formativa e do trabalho desenvolvido com a pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica foram delineados os objetivos a alcançar com a concretização deste projeto de intervenção sendo que devo destacar: Sensibilizar para correta avaliação da dor no doente crítico no serviço de cuidados intensivos; Descrever as escalas selecionadas para avaliação da dor no serviço de cuidados intensivos; Analisar a melhor forma de avaliação e registo da dor em diferentes casos clínicos.

O projeto de intervenção colmatou com uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem do serviço de Cuidados Intensivos da qual surgiram algumas conclusões e elações.

No que concerne às dificuldades encontradas e manifestadas pelos profissionais de saúde, pude detetar que em diferentes casos clínicos apesar de aplicarem as escalas de avaliação nem sempre as utilizavam de uma forma correta. Por exemplo era comum, por desconhecimento dos critérios de exclusão da escala BPS-IP/PT, a utilização da mesma a doentes que apresentavam esses mesmos critérios de exclusão. Outra das dificuldades encontradas era a forma de registo no sistema B-Simple. Daqui surgiu a proposta, da minha parte da alteração da forma de registo e a mesma já foi implementada no serviço. Considero que neste ponto o projeto de intervenção foi uma mais-valia uma vez que houve mudanças positivas o que possibilitou que atingisse os objetivos aos quais me propus com a realização

deste projeto. É certo que me é impossível fazer uma avaliação longitudinal de todas as mudanças no serviço, no entanto, e mesmo antes da sessão de formação já se verificaram mudanças de comportamentos na avaliação e monitorização da dor no doente crítico por parte dos profissionais. Uma vez que o tema foi sendo constantemente abordado ao longo do estágio verificou-se um interesse por parte dos enfermeiros em realizar as alterações devidas.

Quanto à sessão de formação, e como já era previsível, a adesão por parte dos enfermeiros foi de apenas 5 elementos. No final da sessão foi aplicado o questionário de avaliação da sessão de formação. É bastante enriquecedor perceber que a nossa intervenção e atuação cria mudanças de comportamentos positivos em benefício da profissão de enfermagem e principalmente em benefício do doente.

Estou consciente de que foi dado o primeiro passo para a melhoria da qualidade dos cuidados, na consciencialização para a mudança e para a continuidade do estudo da temática e desta forma consegui atingir os objetivos *“demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”, “incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização”* bem como *“participar e promover a investigação em serviço”*. Com o concluir da formação em serviço ficou a proposta ao Grupo de Avaliação da Dor do serviço de desenvolver um trabalho com vista à validação da escala de avaliação da dor para doentes não entubados que eles desconheciam a sua existência.

CONCLUSÃO

Finda a realização do relatório de estágio considero que os objetivos foram alcançados na medida em que consegui realizar uma análise crítico reflexiva dos objetivos/competências adquiridas e atividades desenvolvidas de modo a expressar os resultados alcançados bem como descrever o contributo das diversas situações para o desenvolvimento e aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista.

Penso que, por outro lado, a realização do relatório por si só não reflete todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, bem como todas as experiências e oportunidades encontradas nas 540 horas realizadas em campo de estágio.

Em relação à Prestação de Cuidados Especializados procurei atingir os objetivos através da cooperação das equipas multidisciplinares ciente de que devemos ser responsáveis pela nossa própria aprendizagem pelo que procurei aprofundar conhecimentos o que me trouxe muitos ganhos pessoais e profissionais.

A realização deste relatório permitiu-me também refletir acerca do meu desempenho profissional e pessoal. O estágio foi deveras muito enriquecedor a vários níveis. Devo enaltecer as atividades desenvolvidas com a equipa multidisciplinar que me possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências. A expansão do pensamento critico-reflexivo colmatou com as reflexões presentes neste relatório e desenvolvidas ao longo do estágio.

A par da prática exercida e das dificuldades encontradas explano a abordagem global da assistência em enfermagem tendo por base as atividades realizadas e as situações problemas identificadas que se refletiram com o

desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e a Gestão de Cuidados e de Recursos em Enfermagem. A nível das Aprendizagens Profissionais enalteço as atividades desenvolvidas na assistência ao doente crítico e família nomeadamente, avaliação inicial da vítima, realização ECG's de 12 derivações, imobilização da vítima em plano duro e colocação de colar cervical, colheita de dados junto da vítima e família, participação em manobras de SBV e SAV, colocação e otimização de cateteres venosos centrais, linhas arteriais e manutenção de cateteres de pressão intra craniana, preparação de doentes para exames específicos e participar no transporte intra hospitalar, prestação de cuidados ao utente ventilado que me permitiram desenvolver uma prática autónoma na busca da excelência do exercício. A nível da Gestão de Cuidados e de Recursos em Enfermagem, destaco a identificação das funções dos diferentes profissionais bem como a metodologia de trabalho implementada nos diversos locais de estágio que me permitiram a adaptação nas equipas multidisciplinares e a consecução dos objetivos impostos.

Como principais focos de atenção, desenvolvidos ao longo do estágio distingo os Registos de Enfermagem cujo trabalho desenvolvido contribuiu para a melhoria da prestação de cuidados aos utentes admitidos no serviço no qual exerço funções, considerando-o portanto um ganho em saúde face à eficiência dos cuidados prestados. Face às dificuldades encontradas na Comunicação com o Doente Crítico na procura de estratégias de uma assistência holística fomentei o desenvolvimento de competências nesta área, melhorando técnicas comunicacionais, interpretando as necessidades e dificuldades do doente em estado crítico, rumo à satisfação e excelência do cuidar.

Na base do estágio procurei desenvolver uma prática norteada pelos princípios Ético-Deontológicos que regem a profissão de Enfermagem. Neste sentido foram várias as reflexões realizadas tendo por base situações vivenciadas nomeadamente no que concerne ao Consentimento em Saúde, à Passagem de

Turno junto do utente e a Privacidade do utente no Serviço de Urgência. A reflexão sobre estas temáticas fomentou a humanização dos cuidados prestados.

Destaco como ponto fulcral do estágio o trabalho desenvolvido sobre a Avaliação da Dor no Doente Crítico, pela aprendizagem, pela transmissão de conhecimentos aos profissionais de Saúde que tanto me ensinaram e pela melhoria da qualidade da prestação de cuidados ao utente que se refletiu na prática clínica diária da equipa de Enfermagem.

As principais dificuldades encontradas ao longo do estágio foram relativas à gestão de horários. A gestão do horário de trabalho com o horário dos orientadores, bem como das horas de estudo e realização de trabalhos/pesquisas foi um desafio, no entanto aprecio que dentro do tempo disponível o balanço final relativo ao estágio foi muito positivo considerando-o um percurso de aprendizagem muito enriquecedor.

A aprendizagem não é estanque pelo que, de futuro procuro enquanto enfermeira Especialista a melhoria da qualidade, a eficácia e humanização dos cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Carla; ALMEIDA, Maria; COSTA, Margarida; SANTOS, Raquel e SOUSA, Pedro – **As Implicações/Impacto dos Registos de Enfermagem em Linguagem CIPE**. Associação Portuguesa dos Enfermeiros do CHLC. Enformação (2011), p. 20-25. Disponível na <http://hdl.handle.net/10400.17/938>

ALVES, Ana Paula Lima – **A Comunicação com Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro**. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica] Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2012). Disponível na <http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1199>

BARROS, Alba Lucia - Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm** (2009), p. 864 -867.

BATALHA, Luís Manuel Cunha; FIGUEIREDO, Ana Margarida; MARQUES, Marisa e BIZARRO, Vera. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale: Intubated Patient* (BPS-IP/PT). **Revista Enfermagem Referência**. [Em linha]. 2013, vol.serIII, n.9, pp. 7-16. [Consult. 16 de junho 2014]. Disponível na <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a01.pdf> :: ISSN 0874-0283.

B-SIMPLE. 2013 [Consultado a 23 de junho 2014] Disponível em <http://www.b-simple.pt/#!uci-adultos/c1j8w>

CHANQUES, Gérald; PAYEN, Jean-François; MERCIER, Grégoire; LATTRE, Sylvie; VIEL, Eric; JUNG, Boris; CISSE, Moussa *et al.* Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. **Intensive Care Med.** ISSN 1432-1238. Vol.35, n   12 (2009), p. 2060 –2067.

COSTA, José dos Santos. Métodos de Presta  o de Cuidados. **Rev.Millenium** [Em linha]. 2004, n  .30, pp. 234-251. ISSN 1647-662X. Disponível na <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>.

DEODATO, Sérgio – **Direito da Saúde**. Coimbra: Edi  o Almedina S.A, 2012. ISBN 978-972-40-4750-8

DIREC  O GERAL DA SAÚDE. **Direc  o de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência**. – Lisboa: Direc  o-Geral da Saúde, 2001.

DIREC  O GERAL DA SAÚDE. **Direc  o de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomenda  es para o seu desenvolvimento**. – Lisboa: Direc  o-Geral da Saúde, 2003a.

DIREC  O GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa n   09/DGCG. **A dor como 5   sinal vital**. Lisboa: Direc  o Geral da Saúde, 2003b.

DIREC  O GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa n   11/DSCS/DPCD. **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: Direc  o Geral da Saúde, 2008.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2013). NORMA Nº 015/2013, **Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2013.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (s.d) – **Carta dos Direitos dos Doentes Internados**. – Consultado em 27 de Outubro de 2014 Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>

FORTUNATO, Juliana; FURTADO, Monique; HIRABAE, Leni e OLIVEIRA, Josiana – Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** [Em linha]. Vol. 12, nº 3 (2013), p. 110-117 [Consult. 02 de junho 2014]. Disponível na http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426#citar

GONÇALVES, Maria de Jesus. O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: Como o fonoaudiólogo pode ajudar?. **O Mundo da Saúde** [Em linha]. 2008, nº32, pp. 79-84 [Consultado a 26 junho 2014] Disponível em http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/79a84.pdf.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – **Descrição do Sistema de Triagem de Prioridades**. 2014 [Em Linha]. [Consultado a 2 Nov. 2014]. Disponível na <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/component/content/article/9-diversos/101-intro>

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa. 3ª Edição, 1993.

INEM – **SBV: Suporte Básico de Vida**. 1ª Edição, 2012. ISBN 978-989-8646-00-2

INEM – **SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica**. 1ª Edição, 2013 [Em linha]. [Consultado a 20 de março 2014]. Disponível na <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162916460041.pdf>

INEM – **Código de Ética dos Profissionais do INEM**. (s.d) [Em linha]. [Consultado em 26 de março 2014]. Disponível em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20120612100707317334.pdf>

MARTINS, Amaro; PINTO, Ana; LOURENÇO, Cidolina; PIMENTEL, Elisa; FONSECA, Isabel; ANDRÉ, Maria; ALMEIDA, Maria *et al.* – Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem. **Revista Pensar Enfermagem**. Vol. 12, nº 2 (2008), p. 52-61.

MATOS, A. e SOBRAL, A. Como eu, Enfermeiro, faço - Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Revista Port Med Int** [Em linha]. 2010, nº 17, pp. 61- 65 Disponível em http://www.spci.pt/revista/vol_17/2010331_rev_mar10_volume17n1_61a65.pdf

MERSKEY, Harold e BOGDUK, Nikolai. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2nd Edition. International Association for the Study of Pain Press, Seattle, 1994. ISBN 0-931092-05-1

MOTA, Liliana; PEREIRA, Filipe e SOUSA. Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. 2014, série IV, nº1, pp. 85-91. Disponível na <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1739/1/Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Enfermagem.pdf>

OLIVEIRA, Amélia do Sameiro e MARTINS, José Carlos. Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. 2013, vol.serIII, n.9, pp. 115-124. ISSN 0874-0283. Disponível na <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer Conselho Jurisdicional nº20. **Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias**. 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa, 2010a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa, 2010b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. 2012.

PAYEN, Jean Francois; BRU, Olivier; BOSSON, Jean-Luc; LAGRASTA, Anna; NOVEL, Eric; DESCHAUX, Isabelle; LAVAGNE, Pierre *et al.* Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Crit Care Med** [Em

linha]. Vol.29, nº 12 (2001), p. 2258 –2263 [Consult. 12 de junho 2014]. Disponível na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. **Texto & Contexto Enfermagem Med** [Em linha]. Jan-Mar (2005a) pp.33-37. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>

PEREIRA, S. – A Importância dos Registos de Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Nº 62 (2005b), p. 58-61.

PEREIRA, Waleska Antunes e LIMA, Maria Alice - O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Em linha]. 43(2), 320-327. (2009)

PERGUIÇA, Ana Cristina; SOBRAL, Maria Luísa – Reflexão: O Enfermeiro de Cuidados Intensivos Perante a Dor. **Servir**. ISSN 0871-2370. Vol. 5, nº 1 (2003), p. 25-28.

SARAIVA, Dora Maria e MARTINHO, Teresa Maria – Comunicar com o doente em estado crítico. **Nursing suplemento** (Junho 2011), p. 8-14.

SAKURAI, Denis e KANZATO, Rogério – Assistência ventilatória ajustada neuralmente. **Pulmão RJ** [Em linha]. Vol. 20, nº 3 (2011), p. 29-33 [Consult. 19 de março 2015]. Disponível na http://sopterj.com.br/profissionais/revista/2011/n_03/07.pdf ISSN 1415-4315

SILVA, Anabela; FERREIRA, Guida e PACIÊNCIA, Juliana - Técnicas de comunicação com o doente ventilado. **Revista Sinais Vitais**. ISSN 0872-8844. Nº68 (Set. 2006), p. 49-53.

SILVA, Maria José. **O Poder da Comunicação na Enfermagem**. Med [Em linha].. S.d. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20Poder%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20na%20Enfermagem%20-%20Enfermeira%20Maria%20Jos%C3%A9%20Silva%20Enf%20Especialista%20SMO.pdf>

SILVA, Cleyton; VASCONCELOS, Josilene; NÓBREGA, Maria - Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: avaliação e intervenções. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [Em linha]. Vol. 12, nº 3 (2011), p. 540-507 [Consult. 02 de junho 2014]. Disponível na <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/260/pdf>: . ISSN 1517-3852

SIMÕES, João Filipe – **A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma**. Aveiro: Ria repositório institucional Universidade de Aveiro, 2011. Tese de Doutoramento. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/6868>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – GRUPO DE AVALIAÇÃO DA DOR – **Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor**. 2011

TEIXEIRA, João Miguel e CARDOSO, Pedro – Sistemas de Informação – O que Registrar?. **Nursing**. ISSN 0871-6196. Nº182 (Nov. 2003), p. 18-19.

TIGULINI, Regianne e MELO, Marcia Regina. **A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico**. Brasil: simpósio brasileiro de comunicação em enfermagem. [Em linha]. (2002) Disponível na <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a113.pdf>

ZAPPAROLI, Amanda dos Santos, e MARZIALE, Maria Helena Palucci. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Em linha]., 59(1), 41-46. (2006) [Consultado 15 Abril 2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-71672006000100008.

ANEXOS

ANEXO I – Diário de Bordo – Assistência Pré-Hospitalar

2014

Diário de Bordo



Susana Maria Dias dos Santos

Com o intuito de registar as principais ativações e reflexões de estágio será criado ao longo do mesmo um diário de bordo que posteriormente será trabalhado. A finalidade é descrever as situações para que posteriormente possa trabalhar os dados e a informação recolhida nas ativações e atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

| 21.02.2014 SIV Gondomar | |
|-------------------------|--|
| Dados da ativação | 9h45 Sexo Masculino Afogamento Em PCR |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa de bombeiros e polícia procede às buscas do corpo Testemunhas oculares relatam terem visto homem a atirar-se da ponte para o rio. Possível quadro de suicídio. |
| Atuação/intervenções | Não foram realizadas intervenções. Vítima encontrava-se desaparecida. |
| Transporte | A ativação foi abortada uma vez que não se encontrou o corpo da vítima. |
| Observações | Esta ativação permitiu-me conhecer a dinâmica de atuação e comunicação entre os diferentes meios intervenientes nomeadamente os bombeiros, a polícia e a equipa de saúde. A cooperação de bombeiros é quem comanda a operação de buscas. O mesmo acontece em acidentes de viação. No que concerne à vítima em si, é a equipa de saúde que coordena os procedimentos a tomar. A título de exemplo, numa situação de acidente de viação, em que seja necessário ativar o helicóptero do INEM, cabe ao responsável da equipa de saúde dar as indicações necessárias às restantes equipas por forma a manter um perímetro de segurança para a aterragem do helicóptero. |
| Dados da ativação | 12H30 Sexo feminino 91 anos Consciente História de hemorragias/melenas Hipotensão |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: Agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa dos bombeiros encontra-se no local. |

| | |
|----------------------|--|
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Consciente TA: 102/50mmHg FC: 84bpm SPO2: 97% Tº 35,3 Dor: 0 Sem hemorragia ativa presente <u>Antecedentes pessoais:</u> Anemia AVC com sequelas Dependente nas AVD's <u>Medicação habitual mais relevante:</u> Ferro Sinvastatina Furosemida (...) <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima |
| Transporte | Equipa de bombeiros |
| Observações | Esta ativação permitiu-me perceber a dinâmica de atuação das ambulâncias SIV. O CODU envia os dados que conhece relativos à situação avaliados pela equipa de bombeiros que se encontra no local da ocorrência. À nossa chegada (ambulâncias SIV) é feita a avaliação da vítima e recolhida toda a informação possível, nomeadamente antecedentes pessoais e medicação habitual. Os dados são enviados informaticamente ou via telefónica para o CODU, bem como o ECG. Mediante a avaliação do médico que se encontra da base do CODU e da avaliação dos profissionais de saúde no local é decidido o local e o meio de transporte da vítima ao hospital. |
| Dados da ativação | 13h30 Sexo masculino 79anos Bradicardia 43bpm Hipersudorese |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa de bombeiros no local <u>Dados da equipa dos bombeiros:</u> Vítima encontrada caída no chão após almoço. Apresenta-se sudorético, hipotenso e bradicárdico, situação que reverteu após colocação no leito. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Consciente TA: 102/52mmHg FC: 60bpm SPO2: 92% |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>Tº 36</p> <p>Glicemia capilar: 177mg/dl</p> <p>Consciente e orientado</p> <p>Realizado ECG 12 derivações</p> <p><u>Antecedentes pessoais:</u></p> <p>ICC</p> <p>DM tipo 2</p> <p>Parcialmente dependente nas AVD's</p> <p><u>Medicação habitual mais relevante:</u></p> <p>Metformina</p> <p>Sinvastatina</p> <p>Furosemida (...)</p> <p><u>Protocolos instituídos:</u></p> <p>Abordagem da vítima</p> |
| Transporte | <p>Quadro de Lipotímica recuperada.</p> <p>Transporte realizado pela equipa de bombeiros</p> |
| Observações | <p>Uma vez que a atuação das equipas das ambulâncias SIV funcionam por protocolos, nesta situação poderia ser necessária a ativação do protocolo das Bradicardias.</p> |
| | |
| Dados da ativação | <p>14h</p> <p>Sexo masculino</p> <p>78 anos</p> <p>Encontrado caído na via pública</p> |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | <p>Doença súbita</p> <p>Trauma</p> <p>Outra</p> <p>Abortadas</p> |
| Na chegada ao local | <p>Equipa de bombeiros no local</p> <p><u>Dados da equipa dos bombeiros:</u></p> <p>Doente encontrado caído na via pública.</p> |
| Atuação/intervenções | <p><u>Avaliação da vítima:</u></p> <p>Consciente</p> <p>TA: 126/55mmHg</p> <p>FC: 68bpm</p> <p>SPO2: 96%</p> <p>Glicemia capilar 134</p> <p>Consciente e orientado</p> <p>Sem alterações neurológicas e motoras</p> <p>Sem queixas álgicas</p> <p>Realizado ECG 12 derivações</p> <p><u>Antecedentes pessoais:</u></p> <p>DM tipo 2</p> <p><u>Protocolos instituídos:</u></p> <p>Abordagem da vítima</p> |
| Transporte | <p>Quadro de Lipotímica recuperada.</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| | Transporte realizado pela equipa de bombeiros |
| Dados da ativação | 18h Sexo masculino 45 anos Dor torácica Hipertenso |
| Local | Domicílio, mas já se encontrava na ambulância dos bombeiros |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | <u>Dados da equipa de bombeiros:</u> Vítima com quadro de dor torácica e hipertensão associada. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Consciente TA: 176/97mmHg FC: 113bpm SPO2: 97% Glicemia capilar: 103mg/dl Realizado ECG 12 derivações Dor: 6 administrada Aspirina 500mg granulado <u>Antecedentes pessoais:</u> Ex- toxicodependente Hepatite C <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dor torácica |
| Transporte | Transporte realizado pela equipa de bombeiros |
| Observações | Após envio de ECG e comunicação com o CODU, foi validada a administração de Aspirina. As ambulâncias SIV atuam mediante existência de protocolos que são validados com o médico do CODU. Alguns passos dos protocolos são isentos de validação com o CODU, no entanto, e por regra geral para a administração de fármacos é necessária validação. |
| Dados da ativação | 19h30 Sexo masculino 21 anos Atropelamento |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | À chegada ao local não foi encontrada a vítima. Encontrava-se a equipa de bombeiros e polícia uma vez que se tratava de uma situação de atropelamento e fuga. Após alguns minutos familiar alerta que vítima se deslocou até à casa. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> |

| | |
|-------------------|--|
| | Consciente TA: 155/78mmHg FC: 107bpm SPO2: 98% Refere dor na grade costal posterior à esquerda, membro inferior esquerdo (local do embate) Apresenta pequena escoriação no na face anterior da perna esquerda. Sem outras queixas, sem perda de consciência <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Imobilização com colar cervical e plano duro. Colocação de acesso venoso periférico para administração de analgesia (paracetamol EV) <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem do traumatizado Analgesia |
| Transporte | Equipa de SIV |

As ambulâncias SIV, constituem um meio de socorro destinado à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência e cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de Suporte imediato de vida e Desfibrilhação Automática externa (DAE), bem como a possibilidade de administração de fármacos e realização de actos terapêuticos invasivos mediante aplicação de protocolos aplicados sob supervisão médica. As ambulâncias SIV são tripuladas por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) e um enfermeiro do INEM. Actuam na dependência directa dos CODU (INEM, 2013).

As ambulâncias SIV têm como principais objetivos a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situação de emergência e o transporte inter hospitalar de doentes críticos.

As ambulâncias SIV são dotadas de equipamentos que permitem garantir cuidados de saúde diferenciados nomeadamente manobras de reanimação. No primeiro dia tive oportunidade de ver e realizar a checklist a todo o material que compõe a ambulância. Dispõem de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica, indispensáveis ao cumprimento dos algoritmos/protocolos existentes. Assim, o principal material das ambulâncias corresponde a:

- Um saco de transporte de abordagem à vítima
 - Material de punção
 - Estetoscópio
 - Máscaras laríngeas
 - Caixa de medicação

- Adenosina 6mg amp
- Adrenalina 1mg amp
- Água destilada 10cc amp
- Amiodarona 150mg amp
- Tiamina 100mg amp
- Obidoxima 250mg amp
- Atropina 0,5 mg amp
- Furosemida 20 mg amp
- DNI 10mg amp
- Naloxona 400mg amp
- Flumazenil 0,5 mg amp
- Biperideno 5mg
- Hidrocortisona 100mg amp
- Clemastina 2mg amp
- Sulfato de magnésio 20% amp
- NaCl 0,9% amp
- AAS 500mg saquetas
- DNI 5mg comp
- Paracetamol 500mg comp
- Captopril 25mg comp
- Diazepam 10mg amp
- Paracetamol 250mg supositório
- Clopidogrel 75mg comp
- Clopidogrel 300mg comp
- Midazolam 15mg amp
- Paracetamol 125mg supositório
- Morfina 10mg amp
- Metoclopramida 10mg amp
- NaCl 0,9% amp
- Tramadol 10mg amp
- Atrovent 250mcg amp
- Salbutamol frasco
- Glicose 30% amp

- Um saco de transporte de abordagem a vítima de trauma
 - Colares cervicais
 - Ligaduras
 - Compressas
 - Soros de lavagem
 - Lençóis estéreis
 - Manta de queimados
- Lifepack 12 – Monitor/desfibrilhador – que permite monitorizar o utente, realizar ECG de 12 derivações e enviar directamente para o CODU
- Ventilador Oxylog 2000
- Aspirador de secreções
- Seringa perfusora
- Maca/plano duro de transporte
- Balas de oxigénio

| 25.02.2014 SBV Gaia 1 | |
|-----------------------|--|
| Dados da ativação | 9h15 Sexo masculino Dor torácica/epigástrica |
| Local | Via pública/local de trabalho |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Ativada equipa da VMER. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Refere dor torácica tipo pontada/facada, cefaleias e parestesias dos membros inferiores. TA: 200/100mmHg FC: 89bpm SPO2: 98% Glicemia Capilar: 98mg/dl <u>Atuação da equipa da VMER:</u> Realização de ECG Administração de Captopril 25mg |
| Observações | Transporte foi realizado pela equipa de SBV para a urgência do hospital local. |
| Dados da ativação | 13h15 Sexo feminino 88 anos Apresenta quadro súbito de dispneia |

| | |
|----------------------|---|
| Local | Domicílio/lar residencial |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Utente já se encontra a fazer oxigenioterapia por CN a 4l/min |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Utente com quadro de dificuldade respiratória a fazer O2 por CN a 4l/min após refeição. TA: 144/71mmHg FC: 104bpm SPO2: 82% Foi colocada máscara de alta concentração. <u>Antecedentes pessoais:</u> HTA Doença de Alzheimer AVC com sequelas |
| Observações | Transporte foi realizado pela equipa de SBV para a urgência do hospital local. |
| Dados da ativação | 13h55 Acidente de viação Despiste de camião, condutor encarcerado. |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa da VMER já se encontrava no local. Vítima encontra-se a deambular pela berma da estrada. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Utente consciente e orientado. Sem queixas álgicas. Refere não ter havido embate, apenas despiste do camião. TA: 189/84mmHg FC: 113bpm SPO2: 98% |
| Observações | Vítima recusou transporte e observação hospitalar. Os dados transmitidos pela equipa do CODU, referiam que condutor se encontrava encarcerado. O que se depreende desta ativação é que os dados transmitidos das pessoas que pedem socorro nem sempre correspondem à realidade o que implica a mobilização de meios que nem sempre são necessários. Denota-se a necessidade de informar as pessoas da importância da correta informação transmitida ao CODU. Apesar de todos os esforços de formação e informação prestados pelo INEM, os cidadãos continuam a possuir uma atitude, de que em qualquer situação todos os meios são necessários. Por experiência, enquanto formadora na área da saúde em Lares e Centros de Dia, dos relatos que ouvia acrescida à experiência desta ativação, verifico que os cidadãos tendem a aumentar a gravidade das situações com a conceção que os meios serão mais rapidamente ativados. |

As ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) do INEM são ambulâncias de socorro destinadas a estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte e cuja tripulação e equipamento permite a aplicação de medidas de SBV e DAE. São tripuladas por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) devidamente habilitados com Curso de Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS), de DAE e de condução de emergência (INEM, 2013).

| 27.02.2014 – SIV Gondomar | |
|---------------------------|--|
| Dados da ativação | 09h34 Sexo masculino 78 anos Retorragias Hipotensão |
| Local | Domicilio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Atuação/intervenções | <p><u>Avaliação da Vítima:</u> Utente consciente, com escassa resposta verbal. TA: 67/33mmHg FC: 105bpm Tº 35ºC SPO2: impossível avaliar. Utente com apresenta má perfusão periférica. Extremidades frias e cianosadas. Glicemia capilar: 1ª avaliação: LOW 2ª avaliação: 49mg/dl Durante avaliação da vítima doente apresenta vômito alimentar - foi colocado em Posição Lateral de Segurança</p> <p><u>Antecedentes Pessoais:</u> DPOC Dislipidemia Internamento recente por retorragias dispneia/infeção respiratória – Apresentou infeção por Baumannii Insuficiência cardíaca Nódulo pulmonar</p> <p><u>Intervenções:</u> Administração de oxigenoterapia por máscara facial a 6l/min Colocação de acesso venoso periférico para administração de soro fisiológico 100ml Elevação dos membros inferiores Reavaliações da TA: 90/45mmHg, 77/41mmHg, 110/60mmHg</p> <p>Administração de 1 ampola de glicose hipertónica a 30% Administração de glicose 5% 100ml Reavaliação de glicemia capilar: 69 – administrada mais uma ampola de glicose hipertónica a 30%</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Diabetes e alterações da glicemia Dispneia |
| Observações | Após estabilização da vítima, foi realizado o transporte ao hospital pela equipa SIV |
| Dados da ativação | 12h Sexo masculino 89 anos Dispneia |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa de bombeiros encontra-se no local. Esposa refere que no dia anterior se encontrava muito agitado e que por indicação da equipa de cuidados Paliativos foram administrados 2 comprimidos de diazepam 10mg. Desde então ficou mais sonolento, pouco reativo. De manhã quando o tentava alimentar por incapacidade de deglutição e por avaliação da equipa de cuidados domiciliários contactaram o 112. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Encontra-se a fazer BIPAP Apresenta Escala de Coma de Glasgow de 6 Miose punctiforme Palidez cutânea e cianose labial TA: 89/55mmHg FC: 87bpm SPO2: 66% Glicemia Capilar: 99mg/dl Tº: 36,4º <u>Antecedentes pessoais:</u> Seguido por cuidados paliativos por cancro pulmonar Faz BIPAP contínuo no domicílio. <u>Intervenções:</u> Colocado acesso venoso periférico Administração de soro fisiológico 9% 100ml <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Alteração do estado de consciência Dispneia |
| Observações | Transporte realizado pela equipa para o hospital. Dada a alteração do estado de consciência e por provável intoxicação medicamentosa por benzodiazepinas poderíamos ter seguido o protocolo das intoxicações no que concerne as benzodiazepinas o que implicaria a administração de flumazenilo. No entanto o mesmo não foi aprovado pelo CODU. À chegada ao hospital, doente encontrava-se com SPO2 <50%, foi transferido para a sala de emergência. |

| | |
|----------------------|--|
| Dados da ativação | 14h50 Sexo masculino 53 anos Dor torácica Bradicardia |
| Local | Via pública/rendez vous bombeiros |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Por se tratar de um rendez vous, assistimos o utente na ambulância dos bombeiros que estaria a fazer o transporte ao hospital. <u>Informação dos bombeiros:</u> Utente encontra-se suado/pálido Dor retoesternal que se mantém com a inspiração, sem irradiação FC: 40/50 bpm SPO2: 88% - colocaram O2 a 12l/min e reverteu para 94% Não conseguiam avaliar tensão arterial Glicemia capilar: 204mg/dl |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Consciente e orientado Dor: 5 – refere que dor começou desde há 1 semana, por agravamento contactou número de emergência TA: 104/55mmHg FC: 60bpm SPO2 com O2 12l/min: 97% Tº: 36,6 <u>Antecedentes pessoais:</u> Cirrose hepática Diabetes mellitus tipo 2 <u>Intervenções:</u> Realização de ECG 12 derivações – sem alterações Colocação de acesso venoso periférico Administração de soro fisiológico 0,9% 100ml <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dor torácica Dispneia |
| Observações | O transporte foi realizado pela equipa de bombeiros mas acompanhado pela equipa da SIV, uma vez que utente se encontrava na ambulância dos bombeiros. |

As Viaturas de Emergência Médica e Reanimação (VMER) são meios de intervenção pré-hospitalar concebidos para o transporte de uma equipa médica ao local onde se encontre a vítima. A tripulação é constituída por médico e enfermeiro e dispõem de equipamento para realização de Suporte Avançado de Vida (SAV) em situações do foro médico ou traumatológico.

Atuam na dependência direta do CODU tendo uma base hospitalar, ou seja, localizam-se nos hospitais. O principal objetivo é a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidentes ou doença súbita em situações de emergência (INEM, 2013).

| 28.02.2014 VMER Gaia | |
|----------------------|--|
| Dados da ativação | 12H Crise Convulsiva |
| Local | Instituição de saúde/ Centro de Reabilitação |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Observações | A ativação foi abortada. |
| | |
| Dados da ativação | 12h34 Sexo feminino Paragem Cardiorrespiratória |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa dos bombeiros encontra-se a realizar manobras de suporte básico de vida, iniciadas previamente por filho da vítima. |
| Atuação/intervenções | Vítima foi monitorizada e encontrava-se em assistolia. Foi realizada entubação orotraqueal Tentada colocação de acesso venoso periférico para administração de medicação sem sucesso Pondera-se colocação de acesso intra ósseo, no entanto, no mesmo momento médica tenta colocação acesso venoso periférico na jugular externa e observa marcas no pescoço características de suicídio por enforcamento. São paradas, neste momento manobras de suporte avançado de vida. <u>Antecedentes pessoais:</u> Seguida em consulta de psiquiatria por diagnóstico de bipolaridade e várias tentativas de suicídio nomeadamente por intoxicação medicamentosa. |
| Observações | Após decisão de parar medidas de SAV, são chamados ao local a polícia e o psicólogo do INEM. Dada a situação é de todo pertinente a ativação do psicólogo do INEM para dar apoio quer aos familiares quer às equipas envolvidas. Pessoalmente, toda a situação foi marcante. Primeiro porque conhecia a vítima por ter estado internada no serviço onde exerço funções. Tendo conhecimento dos antecedentes pessoais, quando me deparei com a situação, questionei-me se não se trataria de uma tentativa de suicídio, que posteriormente se viria a confirmar. Toda a situação, cheia de carga emotiva, mais uma vez demonstrou |

| | |
|--|---|
| | a imprevisibilidade das situações a que podemos estar sujeitos no meio pré-hospitalar. O prestar apoio, o comunicar, o estar disponíveis para ouvir os familiares foi uma forte experiência vivenciada. |
|--|---|

| 28.02.2014 – SBV Gaia 1 | |
|-------------------------|---|
| Dados da ativação | 14h15 Sexo masculino 50 anos Crise Convulsiva |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontra-se em posição lateral de segurança após ter sido socorrida por pessoas que passavam na rua. Convulsão teria durado cerca de 5min, sem perda de controlo de esfíncteres. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Consciente e orientada. Colaborante, deambulou até à ambulância. TA: 137/72mmHg FC: 88bpm SPO2: 94% Tº: 36,8 Glicemia capilar: 144mg/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> Epilepsia Refere não ter tomado a medicação habitual para a epilepsia. Refere consumo de álcool. |
| Observações | Foi transportado para o hospital. |
| | |
| Dados da ativação | 15h30 Sexo masculino 66anos Dispneia |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Utente refere “falta de ar e dor no peito” (sic) |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Vítima consciente e orientada TA: 178/66mmHg FC: 79bpm SPO2: 98% Dor: 4 Glicemia capilar: 298mg/dl |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Refere ter tido emoção forte após funeral de familiar.</p> <p><u>Antecedentes pessoais:</u></p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Cirurgia torácica há 4 meses</p> |
| Observações | Foi transportado ao hospital local. |
| Dados da ativação | <p>19h50</p> <p>Sexo masculino</p> <p>88 anos</p> <p>Dispneia</p> |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | <p>Doença súbita</p> <p>Trauma</p> <p>Outra</p> <p>Abortadas</p> |
| Na chegada ao local | Vítima encontra-se com médica de família que fez ativação. Teria apresentado período de dispneia e dor torácica associada. |
| Atuação/intervenções | <p><u>Avaliação da vítima:</u></p> <p>Vítima consciente e orientada</p> <p>TA: 128/67mmHg</p> <p>FC: 75bpm</p> <p>SPO2: 98 %</p> <p>Dor: 3</p> |
| Observações | Foi transportado ao hospital local. |

| 11.03.2014 SIV Gondomar | |
|-----------------------------|---|
| Dados da ativação | <p>08h20</p> <p>Sexo feminino</p> <p>92 anos</p> <p>Inconsciente</p> <p>Dispneia</p> |
| Local | Lar de Rio Tinto |
| Tipo de ativação | <p>Doença súbita</p> <p>Trauma</p> <p>Outra</p> <p>Abortadas</p> |
| Na chegada ao local | Equipa de bombeiros encontrava-se no local. Colocaram oxigénio a 4l/min |
| Atuação/intervenções | <p><u>Avaliação da vítima:</u></p> <p>TA: 134/56mmHg</p> <p>FC: 79bpm</p> <p>SPO2: 83%</p> <p>Glicemia Capilar: 155mg/dl</p> <p><u>Antecedentes pessoais:</u></p> <p>Demência</p> <p>AVC com sequelas – totalmente dependente nas AVD's</p> <p>HTA</p> <p>DM tipo 2</p> |

| | |
|----------------------|---|
| | Internamentos anteriores por pneumonias de aspiração Alimentada por SNG <u>Medicação Habitual:</u> Domperidona Pantoprazol <u>Intervenções realizadas:</u> Avaliação de sinais vitais Administração de oxigénio por máscara de alta concentração para saturações de oxigénio na ordem dos 90% <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dispneia |
| Transporte | O transporte ao hospital foi realizado pela equipa dos bombeiros. |
| Dados da ativação | 10h30 Sexo feminino 16 anos Inconsciente |
| Local | Escola Secundária de Valongo |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas: Após chegada dos bombeiros ao local o CODU informou que não haveria necessidade de ir ao local. |
| Dados da ativação | 13h00 Sexo feminino Inconsciente Suspeita de AVC |
| Local | Escadas do prédio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa dos bombeiros encontrava-se no local. Vítima encontrava-se consciente, com discurso escasso. Terá caído após episódio de discussão com vizinho. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Escala de Coma de Glasgow: 15 TA: 170/99 mmHg FC: 111bpm SPO2: 98 % Exame Neurológico sem alterações <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Défice motor/sensitivo |
| Transporte | O transporte foi realizado pelos bombeiros. |
| Observações | Uma vez que se tratava de uma situação de discussão, e por a vítima referir não ter familiares próximos foi questionada e pretendia acompanhamento para o hospital. O acompanhamento quer por familiares quer por outra pessoa deve ser, sempre que possível |

| | |
|-----------------------------|--|
| | consentido pela vítima. |
| Dados da ativação | 14h00 Sexo masculino 77 anos Dispneia |
| Local | Domicilio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: Agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Consciente e orientado TA: 155/67mmHg FC: 97bpm Spo2: 79 % Glicemia Capilar: 155mg/dl Apresenta edemas dos membros inferiores Expetoração mucopurulenta Refere poliúria desde há 3 dias À auscultação pulmonar apresenta sibilos Dispneia para pequenos esforços <u>Antecedentes pessoais:</u> DPOC: realiza O2 no domicílio a 2l/min <u>Intervenções:</u> Administração de O2 a 4l/min para saturações na ordem dos 88-90% Colocado acesso venoso periférico para administração de terapêutica: Soro fisiológico 0,9% 100ml 100mg de hidrocortisona 20mg de furosemida <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dispneia |
| Transporte | Foi realizado pela equipa do SIV para o hospital de referência. |
| Dados da ativação | 15h30 Sexo Masculino 75 anos Dispneia Dor torácica |
| Local | Domicilio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. Colocado O2 a 4l/min. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Consciente e orientado TA: 144/52mmHg |

| | |
|-----------------------------|--|
| | FC: 102bpm SPO2: 99 % Tº: 36,1º Glicemia Capilar: 162mg/dl <u>Antecedentes Pessoais:</u> Insuficiência cardíaca Fumador durante 40 anos de 5 maços de cigarros por dia. Atualmente fuma cerca de 10 cigarros. <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Educação para a saúde no que concerne aos hábitos de vida saudáveis nomeadamente cessação tabágica. <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dispneia Dor torácica |
| Transporte | Realizado pelos bombeiros. |
| Observações | Doente refere que se sente mais cansado e com dispneia acentuada quando fuma. Foram explicados os riscos que corre se mantiver os hábitos tabágicos. |
| | |
| Dados da ativação | 18h Sexo feminino 85 anos Queda da própria altura Perda de consciência |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontrava-se em posição lateral de segurança. Já se tinha deslocado do local da queda. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Escala de Coma de Glasgow: 15 TA: 153/83mmHg FC: 86bpm SPO2: 98 % Glicemia Capilar: 113mm/dl Pupilas simétricas Sem perda de consciente Sem queixas álgicas <u>Antecedentes pessoais:</u> Demência HTA Gastrite crónica Hérnia do Hiato Cirurgia a tiroide <u>Medicação Habitual:</u> Pantoprazol Letter (...) |

| | |
|----------------------|---|
| | <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem do traumatizado |
| Transporte | Foi realizado pela equipa do SIV |
| Observações | Uma vez que se tratava de uma queda, foi questionada a necessidade de imobilizar a vítima. Visto que se tratava de uma queda da própria altura, sem perda de consciência como foi transmitido pelo CODU, sem queixas algicas, sem sinais evidentes de traumatismo, e que já tinha deambulado do local da queda foi tomada a decisão de não imobilizar. No entanto passa pela avaliação da situação de cada profissional. |
| Dados da ativação | 19h30 Sexo Masculino 75 anos Queda |
| Local | Via Pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontrava-se dentro da ambulância dos bombeiros. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Escala de Coma de Glasgow: 15 TA: 179/87mmHg FC: 113bpm SPO2: 97 % Glicemia Capilar: 226mg/dl Sem perda de consciente Dor: 6 nos hipocôndrios que referiu não ser decorrente da queda, mas que se mantinha desde há 2 dias Apresenta pequenas escoriações nas mãos <u>Antecedentes pessoais:</u> DM tipo 2 <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem do traumatizado |
| Transporte | Foi realizado pela equipa dos bombeiros |

| 12.03.2014 – VMER Gaia | |
|------------------------|--|
| Dados da ativação | 9h Sexo feminino 78 anos |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: agudização de doença crónica Abortadas |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> TA: 133/45mmHg FC: 95bpm SPO2: 92% Dor: 0 |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>Tº 37º</p> <p>Apresenta edemas dos membros inferiores</p> <p><u>Antecedentes pessoais:</u></p> <p>DPOC – faz oxigénio no domicílio a 2l/min</p> <p>Insuficiência cardíaca</p> <p>Internamento prévio por infeção respiratória</p> <p><u>Intervenções realizadas:</u></p> <p>Avaliação de sinais vitais</p> <p>Colocação de acesso venoso periférico</p> <p>Administração de 20mg de furosemida e 200mg de hidrocortisona</p> <p>Nebulização com atrovente e budesonido</p> |
| Transporte | Foi realizado o acompanhamento ao hospital pela equipa da VMER. |
| Dados da ativação | <p>9h50</p> <p>Sexo feminino</p> <p>77 anos</p> <p>Paragem Cardiorrespiratória</p> <p>Iniciaram manobras de suporte básico de vida</p> |
| Local | Centro de Saúde |
| Tipo de ativação | <p>Doença súbita</p> <p>Trauma</p> <p>Outra</p> <p>Abortadas</p> |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se a realizar manobras de suporte imediato de vida. À nossa chegada, utente monitorizada com DAE. Já teriam sido aplicados 2 choques. Encontrava-se em ritmo desfibrilável – em fibrilhação ventricular |
| Atuação/intervenções | <p>Foram iniciadas manobras de suporte avançado de vida</p> <p>Colocado acesso venoso periférico</p> <p>Para permeabilização da via aérea foi necessário aspirar o vómito antes de realizar a entubação orotraqueal</p> <p>Foi realizada entubação orotraqueal.</p> <p>Foi seguido o algoritmo de SAV. No total foram aplicados no total 4 choques sem reversão do ritmo de fibrilação ventricular.</p> <p>Foi administrada adrenalina 1mg e amiodarona 300mg.</p> <p>Ao fim de 38 minutos de SAV pararam-se as manobras.</p> |
| Observações | <p>Nesta ativação pude colaborar ativamente nas manobras de SAV. Quer a nível de permeabilização da via aérea, com a introdução de tubo de Guedel para aspiração de vómito, quer posteriormente na ventilação com o insuflador manual enquanto a médica se preparava para realizar entubação orotraqueal, quer nas compressões torácicas.</p> <p>Durante a realização de SAV e por o marido se encontrar na sala de espera, sem saber de nada do que teria ocorrido, foi aconselhado à médica de família que fosse comunicando ao marido a situação que estava a acontecer.</p> <p>Posteriormente, após vítima se encontrar em assistolia, foi comunicado ao marido do falecimento da esposa. Foi uma situação de gestão de emoções uma vez que, para aquela família, nada fazia prever que uma consulta de rotina pudesse levar aquele desfecho.</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Foi permitido ao marido que se despedisse da esposa. Posteriormente foi encaminhado para uma sala, acompanhado por equipas do centro de saúde, aguardando a chegada de outros familiares.</p> <p>As diligências para levantamento do corpo são sempre demoradas dadas as burocracias, o que no meu entender aumenta mais a ansiedade dos familiares. As autoridades foram chamadas ao local assim como os sapadores para transporte do corpo para o instituto de medicina legal.</p> |
| Dados da ativação | <p>11h30</p> <p>Sexo feminino</p> <p>89 anos</p> <p>Inconsciente</p> <p>Respira Spo2 40%</p> |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | <p>Doença súbita</p> <p>Trauma</p> <p>Outra</p> <p>Abortadas</p> |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. |
| Atuação/intervenções | <p><u>Avaliação da vítima:</u></p> <p>Escala de como da Glasgow: 12</p> <p>TA: 140/68mmHg</p> <p>FC: 204bpm</p> <p>Spo2: 63 %</p> <p>Tº 36,1</p> <p><u>Antecedentes pessoais:</u></p> <p>AVC com sequelas – acamada há 11 anos, lia diariamente</p> <p>Infeção respiratória recente</p> <p>Sem medicação</p> <p><u>Intervenções:</u></p> <p>Avaliação de sinais vitais</p> <p>Colocado oxigénio a 12l/min</p> <p>Aspiradas secreções mucopurulentas</p> <p>Realização de ECG 12 derivações: apresenta FA com resposta ventricular rápida</p> <p>Colocação de acesso venoso periférico</p> <p>Administrada ½ ampola de metoprolol, 200mg de hidrocortisona.</p> <p>Reavaliação de sinais vitais</p> <p>TA: 117/61mmHg</p> <p>FC:120bpm</p> <p>SPO2: 86%</p> <p>Administrada mais ½ ampola de metoprolol.</p> |
| Transporte | O transporte foi realizado com acompanhamento da equipa da VMER. Foi solicitado pela mesma colaboração da equipa de Medicina na sala de emergência. |
| Observações | Quando o médico da VMER avalia a necessidade do doente ser encaminhado para a sala de emergência do hospital a ser transportado o pedido é solicitado via CODU, que posteriormente informa da necessidade da equipa médica se encontrar na sala de |

| | |
|----------------------|---|
| | emergência. Na chegada ao local há uma colaboração por parte da equipa da VMER com a equipa da urgência. Todos os dados relativos à vítima são transmitidos à equipa de enfermagem e médica. |
| Dados da ativação | 13h Sexo masculino 79 anos Inconsciente |
| Local | Rendez-vous aos bombeiros que se encontravam a caminho do hospital |
| Tipo de ativação | Doença súbita – rendez-vous Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontrava-se na ambulância dos bombeiros |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Escala de coma de Glasgow: 10 (abertura dos olhos à voz, resposta verbal – sons incompreensíveis, resposta motora – localiza a dor apenas com o hemicorpo direito) TA: 188/79mmHg FC: 99bpm SPO2: 98 % Glicemia capilar: 206mg/dl Apresenta perda de controlo de esfíncteres <u>Antecedentes pessoais:</u> Enfarte há 3 anos HTA DM tipo 2 Desconhecesse medicação habitual <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Realização de ECG 12 derivações sem alterações Colocação de acesso venoso periférico Possíveis situações de AVC – desconhecem-se os antecedentes pessoais mais relevantes pelo que se questiona ativação da Via Verde AVC. Sem resposta motora do hemicorpo esquerdo É pedida colaboração via CODU da sala de emergência do hospital de referência. |
| Transporte | É realizado com acompanhamento da equipa da VMER. |
| Observações | Na chegada a sala de emergência, é ativada equipa de Via Verde AVC. No local já se encontra familiar da vítima que informou equipa da sala de emergência dos antecedentes pessoais e respetiva medicação. |
| Dados da ativação | 14h Sexo masculino 69 anos Dor torácica |
| Local | USF |
| Tipo de ativação | Doença súbita |

| | |
|----------------------|---|
| | Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa de bombeiros encontrava-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 132/55mmHg FC: 87bpm SPO2: 99% Glicemia capilar: 224mg/dl Dor: 3 <u>Antecedentes pessoais:</u> DM tipo 2 <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais: utente refere que dor abrandou, sem irradiação para qualquer membro Realização de ECG 12 derivações – sem alterações |
| Transporte | Realizado pela equipa dos bombeiros, sem acompanhamento médico |
| | |
| Dados da ativação | 18h Sexo feminino 67 anos Obstrução da via aérea |
| Local | Residências Montepio – lar residencial |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa médica e de enfermagem do lar encontrava-se no local. Já teriam administrado terapêutica nomeadamente hidrocortisona, captopril SL e furosemida e nebulização com convivente e budesonido |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 155/74mmHg FC: 102bpm SPO2: 89% Glicemia capilar: 106mg/dl Tº: 36,7 Apresenta estridor superior – sem sinais de obstrução da via aérea <u>Antecedentes pessoais:</u> AVC – com sequelas, acamada e alimentada por SNG <u>Intervenções realizadas:</u> Avaliação de sinais vitais ECG de 12 derivações – sem alterações Pesquisa de correta colocação da SNG |
| Transporte | Realizado pela equipa de SBV acompanhada pela equipa da VMER |
| Observações | Uma vez que a utente já teria realizado medicação no local, apenas foi feita avaliação da vítima e realizado o transporte com acompanhamento ao hospital. |

| | |
|----------------------|--|
| | |
| Dados da ativação | 19h40 Sexo feminino 89 anos Dispneia Inconsciente |
| Local | Lar de idosos |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa de bombeiros encontrava-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 142/73mmHg FC: 78bpm SPO2: 87% Tº: 36,5 <u>Intervenções realizadas:</u> Avaliação de sinais vitais Administração de oxigénio a 6l/min Nebulização com atrovente e budesonido |
| Transporte | Realizado pela equipa dos bombeiros – sem acompanhamento |
| | |

| | |
|----------------------|---|
| | 17.03.2014 SIV Gondomar |
| Dados da ativação | 12h Sexo masculino 83 anos Dor torácica Dispneia |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontram-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Consciente e orientada TA: 142/63 FC: 60 Spo2: 100% a ar ambiente Dor: 4 (cefaleias), não refere dor torácica neste momento. <u>Antecedentes pessoais:</u> Angina de peito HTA Dislipidemia Cefaleias crónicas <u>Medicação habitual:</u> Furosemida Atorvastatina |

| | |
|----------------------|--|
| | Amitriptilina Quetiapina Trazodona <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Colheita de dados (antecedentes e medicação habitual) junto da família <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dor torácica Dispneia |
| Transporte | Realizado pelos bombeiros |
| | |
| Dados da ativação | 12h20 Sexo feminino 48 anos Convulsão |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontrava-se em posição lateral de segurança como havia sido dada indicação ao marido. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Consciente e orientada Sem convulsão ativa de momento TA: 198/125mmHg FC: 95bpm Spo2: 96% Glicemia capilar: 155mg/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> HIV Aneurisma cerebral <u>Medicação habitual:</u> Trazodona Paroxetina Retroviricos <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima |
| Transporte | Vítima recusa transporte ao hospital. Assinou recusa de transporte. |
| Observações | Dados os antecedentes pessoais da utente e por se apresentar hipertensa, foi explicado à utente os riscos que corria. |
| | |
| Dados da ativação | 13h10 Sexo masculino 77 anos Dor torácica |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma |

| | |
|----------------------|---|
| | Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. |
| Atuação/intervenções | <p><u>Avaliação da vítima:</u> TA: 172/72mmHg FC: 62bpm Spo2: 100% com O2 a 6l/min Dor: 10 – torácica e aumenta com a respiração Tº: 36,5</p> <p><u>Antecedentes pessoais:</u> CDI em 2013 Dislipidemia Disritmia</p> <p><u>Medicação habitual:</u> Furosemida Sinvastatina Ramipril AAS Lorazepan</p> <p><u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Realização de ECG – sem alterações significativas Colocação de acesso venoso periférico Administração de soro fisiológico 0,9% 100ml Administrados 3cc de morfina, 10mg de metoclopramida, DNI 5mg sub lingual. Não foi administrado AAS porque utente teria tomado de manhã como medicação habitual. Reavaliação de sinais vitais: TA: 120/62mmHg FC: 81bpm Spo2: 100% Reduzida administração de O2 para 3l/min Dor: 4/5</p> <p><u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dor torácica</p> |
| Transporte | Realizado pela equipa SIV |
| | |
| Dados da ativação | 17h Sexo masculino 61 anos Dispneia |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local |
| Atuação/intervenções | <p><u>Avaliação da vítima:</u> TA: 143/65mmHg FC: 87bpm Spo2: 99%</p> |

| | |
|-------------------|---|
| | Glicemia capilar: 93mg/dl Tº: 36,5 <u>Antecedentes pessoais:</u> AVC'S com sequelas HTA Dislipidémia DM tipo 2 <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Realização de ECG – sem alterações <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dispneia |
| Transporte | Realizado pela equipa de bombeiros |
| | |

| 18.03.2014 – VMER Gaia | |
|-------------------------------|---|
| Dados da ativação | 9h17 Sexo feminino 63 anos Acidente de viação |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. Vítima já estava imobilizada com colar cervical e colete de extração. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Consciente e orientada, sem perda de consciente aquando do embate. Sabe especificar o que aconteceu. TA: 148/88mmHg FC: 85bpm SPO2: 96% - Colocado oxigénio a 6l/min Dor: 8 – a nível do esterno e que aumenta com a respiração Glicemia capilar: 122mg/dl Epistaxe controlada <u>Antecedentes pessoais:</u> HTA Patologia da tiroide <u>Intervenções realizadas:</u> Após estabilização e retirada do carro foi colocada e transportada em plano duro. Avaliação de sinais vitais Colocação de acesso venoso periférico Administração de 3cc de morfina |
| Transporte | Foi realizado o acompanhamento ao hospital pela equipa da VMER. |
| Observações | Desta ativação pude observar a equipa de bombeiros a imobilizar e retirar a vítima da viatura. Foi questionado, no caso de a vítima se encontrar instável, e encarcerada quem realizaria as manobras de |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>estabilização e desencarceramento. Foi explicado que normalmente, um elemento da VMER assume um lugar dentro do carro, desde que possua condições de segurança. Por outro lado, na necessidade de desencarceramento, seria necessário ativar a equipa dos bombeiros de desencarceramento. Por outro lado, também foi explicado, que uma vez que o carro se encontrava inclinado a mesma equipa de desencarceramento deveria ser ativada para criar um perímetro de segurança.</p> <p>Neste tipo de situações, existem várias pessoas que se aproximam do local do acidente para observar o que aconteceu. Neste sentido tive um papel importante na medida em que tive de abordar as pessoas para se manterem afastadas para que as equipas pudessem trabalhar e para manter a segurança das próprias pessoas. A comunicação com a família, nomeadamente a filha também foi estabelecida. A mesma apresentava-se calma, todos os pertences e bens da vítima foram recolhidos e entregues à filha.</p> <p>Uma situação característica neste tipo de ativação é o facto de pessoas se identificarem como familiares não o sendo. Uma senhora, que se tinha identificado como familiar, quando abordada relativamente ao grau de parentesco referiu que era uma amiga. Todas estas situações têm de ser geridas no meio pré-hospitalar.</p> |
| | |
| Dados da ativação | <p>12h</p> <p>Sexo masculino</p> <p>78 anos</p> <p>Paragem Cardiorrespiratória</p> |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | <p>Doença súbita</p> <p>Trauma</p> <p>Outra: Verificação de óbito</p> <p>Abortadas</p> |
| Na chegada ao local | Vítima encontrada em rigor cadavérico. |
| Atuação/intervenções | Equipa médica certificou o óbito. Contactado o médico assistente para declarar o óbito. |
| | |
| Dados da ativação | <p>13h</p> <p>Sexo feminino</p> <p>84 anos</p> <p>PCR</p> |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | <p>Doença súbita</p> <p>Trauma</p> <p>Outra: Verificação de óbito</p> <p>Abortadas</p> |
| Na chegada ao local | Vítima encontrada em rigor cadavérico. |
| Atuação/intervenções | Equipa médica certificou o óbito. Contactado o médico assistente para declarar o óbito sem resposta positiva. Foram contactadas as autoridades por forma a chamar o delegado de saúde e realizar o transporte para o Instituto de Medicina Legal. |
| | |
| Dados da ativação | 16h |

| | |
|----------------------|--|
| | Sexo masculino 76 anos Enforcamento |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: Verificação de óbito Abortadas |
| Na chegada ao local | Encontravam-se no local equipa de bombeiros e polícia. Familiar que encontrou a vítima cortou a corda. Vítima encontrava-se em rigor cadavérico. Eram evidentes as marcas de corda no pescoço. Dado o mecanismo de lesão das situações de enforcamento não foram iniciadas manobras de reanimação. Foi verificado o óbito. |
| Dados da ativação | 17h Sexo feminino 25 anos Inconsciente |
| Local | Via pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontra-se sentada no chão. Consciente e orientada. Colaborante. Segundo testemunhos terá tido crise convulsiva. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Escala de coma de Glasgow: 15 TA: 132/52mmHg FC: 137bpm SPO2:100 % Tº: 35,6 Glicemia Capilar: 103mg/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> Epilepsia <u>Medicação habitual:</u> Idantina Diazepan <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Colocação de acesso venoso periférico - em caso de ocorrer nova situação de convulsão. |
| Transporte | Realizado com acompanhamento da equipa da VMER. |
| Observações | Vítima referiu tratar-se de uma situação habitual e que cumpria medicação prescrita. |
| Dados da ativação | 19h Sexo masculino 76 Anos Convulsões |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita |

| | |
|-----------------------------|---|
| | Trauma Outra: agudização de doença aguda Abortadas |
| Na chegada ao local | Na chegada ao local os bombeiros encontravam-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 136/55mmHg FC:132bpm SPO2:98% Tº: 38,9 Glicemia capilar: 113mg/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> Utente teria tido alta do serviço de urgência há cerca de 2h. Estava medicado por quadro de infeção respiratória. Por quadro febril terá apresentado tremores e vômito. |
| Transporte | Realizado para o hospital local por equipa de bombeiros. |
| Observações | Esta ativação trata-se de uma situação de pós alta clínica do serviço de urgência. Pela avaliação médica e de enfermagem, o transporte não deveria ser realizado uma vez que utente teria saído do serviço de urgência há cerca de 2h e iniciado medicação prescrita nesse momento. Foi-me explicado que, dada a pressão familiar o transporte foi realizado. |
| | |

| 20.03.2014 SIV Gondomar | |
|-----------------------------|--|
| Dados da ativação | 08h15 Sexo masculino 78 anos Dispneia |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontram-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Consciente e orientada TA: 179/72mmHg FC: 105bpm Spo2: 97% com O2 a 3l/min Tº: 36,6º Dor: 4 (torácica), associada a tosse Glicemia capilar: 133mm/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> DPOC FA hipocoagulada <u>Medicação habitual:</u> Spiriva Budesonido Varfine Furosemida |

| | |
|----------------------|--|
| | Hidroxizina Acetilcisteína <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Realização de ECG 12 derivações Colheita de dados (antecedentes e medicação habitual) junto da família <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dispneia |
| Transporte | Realizado pelos bombeiros |
| Observações | |
| | |
| Dados da ativação | 10h20 Sexo Masculino 84 anos Hipoglicemia |
| Local | Rendez-vous aos bombeiros |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: Agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontrava-se na ambulância dos bombeiros que teriam realizado pesquisa de glicemia capilar no valor de 37mm/dl |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Resposta verbal escassa TA: 137/55mmHg FC: 93bpm Spo2: 97% Glicemia capilar: 155mm/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> Diabetes mellitus <u>Medicação habitual:</u> Antidiabéticos orais que não sabe especificar <u>Intervenções:</u> Colocado acesso venoso periférico Administração de glicose hipertónica 30% e colocada perfusão de glicose hipertónica 5%. Reavaliação de glicemia capilar 92mm/dl <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Diabetes e alterações da glicemia |
| Transporte | Realizado pela equipa SIV. |
| | |
| Dados da ativação | 14h30 Sexo masculino 11 meses Dispneia |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita |

| | |
|----------------------|---|
| | Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> FC: 140bpm Spo2: 98% a ar ambiente Tº: 36,5 FR: 40 <u>Antecedentes pessoais:</u> Doente com 4 dias de febre. Apresenta ligeira dificuldade respiratória. De momento medicado com Ventilan e Bissolvon. <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dispneia |
| Transporte | Realizado pela equipa dos bombeiros. |
| | |
| Dados da ativação | 16h Sexo masculino 31 anos Queda |
| Local | Local de trabalho |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 121/61mmHg FC: 62bpm Spo2: 100% Glicemia capilar: 152mm/dl Apresenta edema e dor na articulação tibiotársica. <u>Antecedentes pessoais:</u> Leucemia <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Foi realizada imobilização e aplicação de gelo na imobilização tibiotársica direita. <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem do traumatizado Trauma das extremidades e tecidos moles |
| Transporte | Realizado pela equipa de bombeiros. |
| | |

| 22.03.2014 SIV Valença | |
|------------------------|---|
| Dados da Ativação | 19h Sexo feminino 46 anos Inconsciente |

| | |
|-----------------------------|--|
| Local | Domicílio |
| Tipo de Ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. Terá apresentado crise convulsiva presenciada por enfermeiro presente no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 133/52mmHg FC: 105bpm Spo2: 96% com O2 a 6l/min Escala de coma de Glasgow: 8 Glicemia Capilar: 108mm/dl <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Colocação de acesso venoso periférico Por repetição de crise convulsiva tónico-clónica foram administrados 5mg + 5mg de diazepam tendo revertido quadro. <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Convulsões |
| Transporte | Realizado pela equipa SIV para o hospital de referência |

| 02.04.2014 SIV Gondomar | |
|-----------------------------|--|
| Dados da Ativação | 14h35 Sexo feminino 52 anos Dor torácica |
| Local | Domicílio |
| Tipo de Ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. Vítima já se encontrava na ambulância dos bombeiros. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 125/52mmHg FC: 105bpm Spo2: 98% com O2 a 6l/min Dor: 4 que aumenta com a inspiração – refere estar com tosse há duas semanas. <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Auscultação pulmonar Realização de ECG 12 derivações – sem alterações <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dor torácica |
| Transporte | Realizado pela equipa dos bombeiros |

| | |
|----------------------|--|
| | |
| Dados da Ativação | 16h30 Sexo feminino 64 anos Hipoglicemia |
| Local | Domicílio |
| Tipo de Ativação | Doença súbita Trauma Outra: Agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. Vítima já se encontrava na ambulância dos bombeiros. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Glicemia capilar: 26mm/dl TA: 107/53mmHg FC: 81bpm Spo2: 87% colocado O2 a 6l/min – reavaliação Spo2: 97% Dor: refere dor torácica <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Avaliação de glicemia capilar Colocação de acesso venoso periférico Administradas 2 ampolas de glicose 30% Reavaliação de glicemia capilar: 44mm/dl Administrada glicose 5% em perfusão + 1 ampola de glicose 30% Reavaliação glicemia capilar: 79mm/dl À chegada ao local glicemia capilar: 163mm/dl Realização de ECG 12 derivações – sem alterações <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Diabetes e alterações da glicemia Dor torácica |
| Transporte | Realizado pela equipa SIV |

| 03.04.2014 VMER Gaia | |
|----------------------|--|
| Dados da ativação | 14h Sexo masculino 75 anos PCR |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontram-se no local em manobras de suporte básico de vida. |
| Observações | Bombeiros encontravam-se a realizar suporte básico de vida há |

| | |
|----------------------|--|
| | cerca de 30 min. À nossa chegada já teria passado cerca de 1h desde a paragem cardiorrespiratória. Foi realizada monitorização eletrocardiográfica. Encontrava-se em assistolia. Não foram iniciadas manobras de SAV. |
| Dados da ativação | 15h Sexo masculino 34 anos Queda/caído na via pública |
| Local | Via Pública |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima ter-se-ia atirado da ponte, pelo que se tratava de uma situação de suicídio. Foi declarado o óbito. Foram tomadas todas as diligências legais. No local já se encontrava a polícia. |
| Dados da ativação | 17h Sexo masculino 69 anos Inconsciente |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 175/72mmHg FC: 40bpm Spo2: 100% Dor: 3 Escala de Coma de Glasgow: 15 <u>Antecedentes pessoais:</u> CDI em 2013 Dislipidemia Disritmia <u>Medicação habitual:</u> Furosemida Sinvastatina Ramipril AAS Clopidogrel <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Realização de ECG – apresenta bradicardia Colocação de acesso venoso periférico Administração de soro fisiológico 0,9% 100ml |
| Transporte | Realizado com acompanhamento da equipa da VMER |

| 04.04.2014 SIV Gondomar | |
|-------------------------|---|
| Dados da Ativação | 10h05 Sexo masculino 69 anos Paragem cardiorrespiratória |
| Local | Domicílio |
| Tipo de Ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. Vítima encontrava-se em rigidez cadavérica. Não foram iniciadas manobras de SAV. |
| Observações | Foi ativada a equipa da VMER para certificação do óbito. Por se tratar de uma possível intoxicação medicamentosa voluntária foram chamados ao local as autoridades. Teria ingerido cerca de 170 comprimidos. |
| | |
| Dados da Ativação | 14h10 Sexo feminino 12 anos Queda superior a 3 metros |
| Local | Domicílio |
| Tipo de Ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. Vítima já se encontrava imobilizada na ambulância dos bombeiros. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 143/87mmHg FC: 81bpm Spo2: 98% Dor: 9 – região dorso lombar a esquerda <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Colocação de acesso venoso periférico Administração de 2,5cc de morfina e 10mg de metoclopramida <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem do traumatizado Analgesia |
| Transporte | Realizado pela equipa SIV |

| 05.04.2014 VMER Gaia | |
|----------------------|--|
| Dados da ativação | 12h40h Sexo masculino 37 anos Hematemeses |
| Local | Domicílio |

| | |
|-----------------------------|---|
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Vítima encontrava-se em posição lateral de segurança. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 144/52mmHg FC: 65bpm Spo2: 100% Dor: 0 Escala de Coma de Glasgow: 15 Apresenta palidez cutânea <u>Antecedentes pessoais:</u> Etilismo sob tratamento Nega medicação habitual Alérgico à penicilina <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Monitorização cardíaca Colocação de acesso venoso periférico Administração de soro fisiológico 0,9% 100ml + 500ml |
| Transporte | Realizado com acompanhamento da equipa da VMER |

| 08.04.2014 SIV Gondomar | |
|--------------------------------|---|
| Dados da Ativação | 15h45 Sexo masculino 79 anos Inconsciente/Respira |
| Local | Domicílio |
| Tipo de Ativação | Doença súbita Trauma Outra: agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Equipa SIV foi a primeira a chegar ao local |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> TA: 137/52mmHg FC: 135bpm Spo2: 62% colocado O2 por VM a 6l/min reavaliação: SpO2:90% Tº: 38,8º <u>Antecedentes pessoais:</u> HTA Doença de Alzheimer Insuficiência respiratória tipo 1 Dependente nas ADV's Alimentado por SNG <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Aspiração de secreções |

| | |
|-----------------------------|--|
| | Colocação de acesso venoso periférico Administração de 1gr de paracetamol EV <u>Protocolos instituídos:</u> Abordagem da vítima Dispneia |
| Dados da Ativação | 19h15 Sexo masculino 54 anos PCR por Obstrução da Via Aérea |
| Local | Domicílio |
| Tipo de Ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontravam-se no local. A realizar SBV. Encontrava-se monitorizado com DAE sempre com ritmo cardíaco de choque não recomendado. Equipa da VMER ativada para o local. |
| Atuação/intervenções | <u>Intervenções:</u> Iniciadas manobras de SAV Removido corpo estranho da via aérea Colocação de acesso venoso periférico Por dificuldade em realizar entubação orotraqueal foi colocada máscara laríngea. Administração de 6mg de adrenalina no total <u>Protocolos instituídos:</u> Paragem cardio respiratória no Adulto Obstrução da Via Aérea |
| Observações | Após 50 min de SAV foram paradas manobras sendo declarado o óbito. |

| 09.04.2014 VMER Gaia | |
|-----------------------------|--|
| Dados da ativação | 15h Sexo masculino 57 anos Hipoglicemia |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: Agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros encontram-se no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Consciente, resposta verbal escassa TA: 133/52mmHg FC: 105bpm Spo2: 97 % Glicemia capilar: 27mg/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> DM insulinotratado |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <u>Medicação habitual:</u> Insulina lantus 48unidades de manhã <u>Intervenções:</u> Colocação de acesso venoso periférico Administração de 2amp de glicose hipertónica 30% Reavaliação de glicemia capilar: 120mg/dl Reavaliação de glicemia capilar: 97mg/dl Administrada 1amp de glicose hipertónica 30% Colocada glicose 5% 100ml em curso Após administração de glicose, vítima mais acordada, referindo ter-se alimentado pouco durante o dia. |
| Transporte | Realizado pelos bombeiros sem acompanhamento da equipa da VMER. |
| Dados da ativação | 19h Sexo masculino 58 anos Queda da própria altura aquando da prática desportiva |
| Local | |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros já se encontravam no local. Vítima já se encontrava imobilizada em plano duro e com colar cervical. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Escala de coma de Glasgow: 15 TA: 157/65mmHg FC: 105bpm Spo2: 97% Glicemia capilar: 113mm/dl Encontrava-se etilizada – referiu ter ingerido álcool (cerca de 3 copos de vinho e um digestivo) <u>Antecedentes pessoais:</u> Epilepsia <u>Medicação habitual:</u> Não sabe especificar <u>Intervenções:</u> Avaliação da vítima – sem alterações músculo esqueléticas e neurológicas visíveis, sem queixas algicas. |
| Transporte | Realizado pela equipa dos bombeiros sem acompanhamento da equipa da VMER. |

| 11.04.2014 VMER Gaia | |
|--------------------------|---|
| Dados da ativação | 15h Sexo masculino 66 anos PCR |
| Local | Domicílio |

| | |
|-----------------------------|--|
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra Abortadas |
| Na chegada ao local | Utente encontra-se em PCR há cerca de 7min. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da vítima:</u> Encontra-se em PCR, com ritmo cardíaco – Atividade elétrica sem pulso (não desfibrilhável) <u>Intervenções:</u> SAV – No local durante cerca de 40min. Transferência da vítima em lona até a ambulância Transferência para o hospital e sala de emergência |
| Transporte | Realizado com acompanhamento da equipa da VMER. |
| Observações | Nesta ativação tive oportunidade de participar ativamente nas manobras de SAV. A transferência para a ambulância foi de extrema dificuldade uma vez que foi realizada pelas escadas, em lona, desde o 5º andar de um prédio, com a médica responsável pela via aérea, e transporte de todo o material necessário como a bala e oxigénio e o monitor. Aquando da chegada ao hospital, vítima foi transportada para a sala de emergência onde se mantiveram manobras de SAV. Permitiu-me mais uma vez observar e participar com a equipa intra-hospitalar. |
| Dados da ativação | 18h Sexo masculino 58 anos Dispneia agravada |
| Local | Domicílio |
| Tipo de ativação | Doença súbita Trauma Outra: Agudização de doença crónica Abortadas |
| Na chegada ao local | Bombeiros já se encontravam no local. |
| Atuação/intervenções | <u>Avaliação da Vítima:</u> Escala de coma de Glasgow: 15 TA: 177/75mmHg FC: 180bpm Spo2: 92 % Glicemia capilar: 155mm/dl <u>Antecedentes pessoais:</u> DPOC – realiza BIPAP no domicílio HTA FA hipocoagulada Insuficiência Cardíaca Algaliado no domicílio <u>Intervenções:</u> Avaliação de sinais vitais Colocação de acesso venoso periférico Administração de 300mg de amiodarona Administração de digoxina |
| Transporte | Realizado com acompanhamento da equipa da VMER. |

ANEXO II – Ativações na Sala de Emergência/ Reanimação Intra Hospitalar

Com o intuito de registrar as principais ativações ocorridas na sala de emergência e da equipa de reanimação intra-hospitalar foi criado um registo em forma de tabela. A finalidade é descrever as situações para que posteriormente possa trabalhar os dados e a informação recolhida nas ativações e atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

| CASO 1: Perfuração do pé esquerdo com objeto metálico (prego) | |
|--|--|
| História Clínica: | Perfuração accidental com objeto metálico (prego) no pé esquerdo Sexo: Masculino Idade: 19 anos Antecedentes relevantes: desconhecidos |
| Proveniência do utente: | Área médica laranja |
| Admissão na sala de emergência: | Admitido na sala de emergência para sedação e analgesia e remoção de objeto perfurante. |
| Avaliação do Utente | A – Via aérea permeável, sem adjuvantes B – Ventilação espontânea a ar atmosférico com SpO2 98% C – Monitorização ECG contínuo, pressão arterial não invasiva – TA: 144/57mmHg FC: 88bpm D – Consciente. ECG de 15 E – Apresenta objeto metálico introduzido no pé esquerdo. |
| Intervenções realizadas | Explicação do procedimento ao utente Colocação de acesso venoso periférico para administração de terapêutica Monitorização não invasiva do utente Administração de terapêutica instituída e oxigenoterapia Informação à familiar da ausência de intercorrências durante o processo |
| Observações | Uma vez que se tratava de uma pequena intervenção cirúrgica com sedação houve a necessidade de realizar a mesma na sala de emergência por forma a prevenir eventuais complicações e a manter o utente sobre a máxima vigilância dos parâmetros vitais. |

| | |
|--|---|
| CASO 2: | Intoxicação por organofosforados |
| História Clínica: | Ingestão voluntária de um frasco de organofosforados Sexo: Feminino Idade: 49 anos Antecedentes relevantes: desconhecidos |
| Proveniência da utente: | Admitido na sala de emergência acompanhada pela equipa da VMER. |
| Admissão na sala de emergência: | À entrada encontra-se com sonda nasogástrica em lavagem gástrica. Cateter venoso periférico com SF em perfusão |
| Avaliação do Utente | A – Via aérea permeável, sem adjuvantes B – Ventilação espontânea a ar atmosférico com SpO2 96% C – Monitorização ECG contínuo pressão arterial não invasiva – TA: 121/44mmHg FC: 52bpm D – ECG: 9 (Abertura dos olhos: à voz, Resposta verbal: sons incompreensíveis, resposta motora: retira à dor) E - Removida toda a roupa para lavagem corporal |
| Intervenções realizadas | Colocação de cateter venoso periférico para colheita de análises e administração de terapêutica Monitorização não invasiva do utente – vigilância de sinais vitais Lavagem corporal com água – Explicação do procedimento à utente Lavagem gástrica contínua com soro fisiológico Transporte da utente para a unidade de cuidados intensivos Entrega do espólio de bens ao familiar e comunicação do estado atual da utente bem como o serviço de internamento |
| Observações | Aquando da chegada da utente à sala de emergência já era do conhecimento da equipa que a mesma se encontrava com sonda nasogástrica com lavagem contínua. Esta informação permitiu-nos adequar e planear a nossa intervenção. |

| | |
|--|---|
| CASO 3: | Paragem Cárdio Respiratória – Ativação da equipa de reanimação intra-hospitalar |
| História Clínica: | Paragem cardio-respiratória Sexo: Masculino Idade: 86 anos |
| Proveniência do utente | Ativada equipa de reanimação intra-hospitalar ao serviço de hemodiálise |
| Admissão na sala de emergência: | Não admitido na sala de emergência por se tratar de uma ativação da equipa intra-hospitalar |
| Avaliação do | Utente em paragem cardio-respiratória em manobras de suporte |

| | |
|--------------------------------|--|
| Utente | avanzado de vida iniciadas pela equipa de hemodiálise. Utente encontra-se monitorizado, em ritmo não desfibrilável. |
| Intervenções realizadas | Após realização de 7 ciclos de suporte avanzado de vida, mantendo-se em ritmo não desfibrilável foram cessadas manobras de reanimação. |

| | |
|--|--|
| CASO 4: Transporte Intra hospitalar – Gravidez Ectópica | |
| Proveniência do utente | Área cirúrgica do serviço de urgência |
| História Clínica: | Utente com dor abdominal intensa, com provável quadro de gravidez ectópica Sexo: Feminino Idade: 32 anos Antecedentes relevantes: ausentes |
| Admissão na sala de emergência: | Utente não admitida na sala de emergência. Por se tratar de um transporte inter-hospitalar (da unidade 1 para a unidade 2 do CHVNG/E). |
| Avaliação do Utente | A – Via aérea permeável, sem adjuvantes B – Ventilação espontânea a ar atmosférico com SpO2 98% C – Monitorização ECG contínuo, pressão arterial não invasiva – TA: 88/42mmHg FC: 89bpm D – Consciente. ECG de 15 E – Sem alterações |
| Intervenções realizadas | Utente foi monitorizada e estabilizada de forma a realizar o transporte Comunicada à família local de transferência do utente |

| | |
|---|---|
| CASO 5: Vítima de atropelamento – Via Verde Trauma | |
| Proveniência do utente | Admitido na sala de emergência acompanhada pela equipa da VMER. |
| História Clínica: | Utente vítima de atropelamento na via pública, com traumatismo direto e projeção de cerca de 20m Sexo: Feminino Idade: 79 anos Antecedentes relevantes: desconhecidos |
| Admissão na sala de emergência: | Admitido na sala de emergência acompanhada pela equipa da VMER: Imobilizada em plano duro e com colar cervical. Entubação orotraqueal em ventilação mecânica por alteração do estado de consciência no local do acidente. |
| Avaliação do Utente | A – Doente com intubação orotraqueal B – Ventilação mecânica com utente adaptada |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>C – Pressão Arterial: 103/62 mmHg; FC 46 bpm, regular, amplitude normal. Apresenta sangue na cavidade orofaringia com hemorragia controlada.</p> <p>D – Utente sedada e analgesiada não reativa a estímulos externos</p> <p>E - Realizada exposição da doente, sem fraturas visíveis. Apresenta esfacelo na face.</p> |
| Intervenções realizadas | <p>Colocação de acesso venoso periférico para colheita de sangue para análise segundo protocolo e administração de terapêutica</p> <p>Estabilização da doente e transporte para realização de exames complementares de diagnóstico – TAC cerebral e abdómino-pélvico</p> <p>Transporte de retorno para a sala de emergência para estabilização e contacto com bloco operatório. Utente com fratura da bacia e hematoma subdural extenso</p> <p>Realização de transporte para o bloco operatório</p> <p>Entrega do espólio de bens ao familiar</p> <p>Comunicação aos familiares da transferência da vítima para o bloco operatório</p> |

| | |
|--|--|
| CASO 7: | Acidente Vascular Cerebral – Via Verde AVC |
| História Clínica: | <p>Acidente Vascular Cerebral – Via Verde AVC</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>Idade: 68 anos</p> <p>Antecedentes relevantes: HTA, AVC isquémico há cerca de 4 meses, hepatite C</p> |
| Proveniência do utente: | Exterior |
| Admissão na sala de emergência: | Vem acompanhado pelos bombeiros por hemiparesia à direita |
| Avaliação do Utente | <p>A – Via aérea permeável, sem adjuvantes</p> <p>B – Ventilação espontânea a ar ambiente com SpO2 96%</p> <p>C – Monitorização ECG contínuo pressão arterial não invasiva – TA: 210/99mmHg FC: 88bpm</p> <p>D – ECG: 14 (Abertura dos olhos: espontânea, Resposta verbal: confusa, resposta motora: obedece a ordens). Apresenta disartria e hemiparesia à direita</p> <p>E – Sem alterações visíveis</p> |
| Intervenções realizadas | <p>Colocação de acesso venoso periférico para administração de terapêutica e colheita de sangue para análise segundo protocolo</p> <p>Monitorização não invasiva do utente</p> <p>Transporte do utente para realização de exames complementares de diagnóstico – TAC</p> <p>Diagnosticado AVC hemorrágico</p> |

Administração de terapêutica instituída:
 Labetabol
 Manitol e
 Metoclopramida por apresentar vômito aquando das transferências
 Comunicada a família transferência da utente para a unidade de AVC's
 Transporte da utente para a Unidade de AVC's.

CASO 8: Acidente Vascular Cerebral – Via Verde AVC

História Acidente Vascular Cerebral – Via Verde AVC

Clinica: Sexo: Feminino
 Idade: 78 anos
 Antecedentes relevantes: HTA, AVC há cerca de 2 anos

Proveniência do utente Exterior

Admissão na sala de emergência: Vem acompanhado pelos bombeiros por alteração do estado de consciência, dificuldades na comunicação e períodos de confusão.

Avaliação do Utente A – Via aérea permeável, sem adjuvantes
 B – Ventilação espontânea a ar ambiente com SpO2 92%
 C – Monitorização ECG contínuo pressão arterial não invasiva – TA: 175/89mmHg FC: 90bpm
 D – ECG: 14 (Abertura dos olhos: espontânea, Resposta verbal: confusa, resposta motora: obedece a ordens). Apresenta afasia de expressão e hemiparesia à direita
 E – Sem alterações visíveis

Intervenções realizadas Colocação de acesso venoso periférico para administração de terapêutica e colheita de sangue para análise segundo protocolo
 Monitorização não invasiva do utente
 Administração de terapêutica instituída:
 Soro fisiológico 500ml
 Transporte da utente para realização de exames complementares de diagnóstico – TAC e posteriormente de AngioTAC.
 Diagnosticada trombose da carótida à direita – sem indicação de intervenção cirúrgica ou terapêutica.
 Comunicada a família transferência da utente para a unidade de AVC's
 Transporte da utente para a Unidade de AVC's.

CASO 9: Crise convulsiva

História Utente deu entrada no serviço de urgência pelo próprio pé, sem

| | |
|--|--|
| Clinica: | acompanhante, por sensação de lipotímia Sexo: Feminino Idade: 45 anos Antecedentes relevantes: seguida em consulta de psiquiatria, alcoolismo. |
| Proveniência do utente: | Área médica laranja |
| Admissão na sala de emergência: | Utente admitida na sala de emergência após duas crises convulsivas na área médica laranja. Alteração do estado de consciência após crises convulsivas com administração de 10mg de diazepam endovenoso. |
| Avaliação do Utente | A – Por alteração do estado de consciência foi entubado orotraquealmente B – Ventilação mecânica com doente bem adaptado, SpO2 100% C – Monitorização ECG contínuo, pressão arterial não invasiva – TA: 89/52mmHg FC: 67bpm D – Doente sedado com propofol 1% a 30ml/h E – Utente com hematoma parietal à direita e ferida sangrante na língua |
| Intervenções realizadas | Explicação do procedimento ao utente Colocação de 3 acessos venosos periféricos para administração de terapêutica e colheita de sangue para análise Monitorização não invasiva do utente Administração de terapêutica instituída: Soro fisiológico 500ml Soro fisiológico 500ml + 3 ampolas de NaCl 20% 750 mg de fenitoina diluído em 250 ml de soro fisiológico Propofol a 1% por máquina infusora a 30ml/h Transporte da utente para realização de exames complementares de diagnóstico – TAC Entubação nasogástricas – drenagem de 800cc de conteúdo aquoso Algáliação com sonda vesical folley nº 14 – drenagem de 800cc de urina límpida Transporte da utente para a UCIP |
| Observações | Famíliares não presentes no serviço de urgência. |

CASO 10: Acidente Vascular Cerebral – Via Verde AVC

| | |
|--------------------------|--|
| História Clínica: | Acidente Vascular Cerebral – Via Verde AVC Sexo: Feminino Idade: 75 anos |
|--------------------------|--|

| | |
|---|--|
| Antecedentes relevantes: HTA, Diabetes Mellitus | |
| Proveniência do utente | Exterior |
| Admissão na sala de emergência: | Vem acompanhado pelo filho por períodos de confusão, diminuição da força muscular e desvio da comissura labial |
| Avaliação do Utente | <p>A – Via aérea permeável, sem adjuvantes</p> <p>B – Ventilação espontânea a ar ambiente com SpO2 94%</p> <p>C – Monitorização ECG contínuo pressão arterial não invasiva – TA: 162/69mmHg FC: 88bpm</p> <p>D – ECG: 14 (Abertura dos olhos: espontânea, Resposta verbal: confusa, resposta motora: obedece a ordens).</p> <p>E – Sem alterações visíveis</p> |
| Intervenções realizadas | <p>Colocação de acesso venoso periférico para administração de terapêutica e colheita de sangue para análise segundo protocolo</p> <p>Monitorização não invasiva do utente</p> <p>Administração de terapêutica instituída:</p> <p>Transporte da utente para realização de exames complementares de diagnóstico – TAC</p> <p>Diagnosticado AVC isquémico – cumpre requisitos para iniciar trombólise</p> <p>Início de perfusão de Alteplase: Bólus inicial de 6mg, e perfusão a 53ml/h</p> <p>Vigilância de possíveis reações adversas</p> <p>Comunicada a família transferência da utente para a unidade de AVC's</p> <p>Transporte da utente para a Unidade de AVC's.</p> |

| | |
|--|--|
| CASO 11: | Paragem Respiratória – Ativação da equipa de reanimação intra-hospitalar |
| História Clínica: | <p>Agravamento do estado de consciência no período de duas horas após queda no serviço - Paragem cardiorrespiratória</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>Idade: 78 anos</p> |
| Proveniência do utente | Ativada equipa de reanimação intra-hospitalar ao serviço de internamento de cirurgia vascular |
| Admissão na sala de emergência: | Não admitido na sala de emergência por se tratar de uma ativação da equipa intra-hospitalar |
| Avaliação do Utente | <p>A – Via aérea comprometida – provável aspiração de conteúdo alimentar</p> <p>B – Em paragem respiratória Spo2 impossível de avaliar</p> <p>C – Monitorização ECG contínuo: Ritmo cardíaco – atividade elétrica sem pulso pressão arterial não invasiva – TA: 54/35mmHg</p> <p>Utente apresenta reversão espontânea do ritmo cardíaco</p> <p>D – ECG: 3 (Abertura dos olhos: ausente, Resposta verbal: ausente, resposta motora: ausente).</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| | E – ferida cirúrgica no membro inferior direito após trombectomia |
| Intervenções realizadas | Aspiração de secreções e conteúdo alimentar Entubação orotraqueal Transporte do utente para realização de exames complementares de diagnóstico – TAC - Diagnosticada provável isquemia a nível renal Transporte da utente para UCPA (Unidade de Cuidados Pós Anestésicos) |

ANEXO III – Estudo De Caso – Serviço de Urgência



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESTUDO DE CASO

Em contexto de sala de emergência

Aluna: Susana Maria Dias dos Santos

Sob orientação de: Professora Irene Oliveira

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem / Especialidade Médico Cirúrgica

Porto, 03.11.2014

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio de Urgência a decorrer no período de 15 de setembro a 8 de novembro no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho surgiu a necessidade desenvolver um estudo de caso, por forma a atingir os objetivos aos quais me propus no projeto de estágio.

Da consciência acrescida da necessidade de desenvolver um plano de cuidados num ambiente diferente do qual estou familiarizada no local onde exerço funções, num serviço de internamento, optei por selecionar um utente no decorrer de um turno na Sala de Emergência. Para a realização do estudo de caso, recorri às taxonomias da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e NIC (Nursing Interventions Classification).

O presente trabalho encontra-se dividido em três partes correlacionadas entre si. Na primeira parte encontra-se a descrição do caso clínico do utente selecionado. Na segunda parte, foi construído um Plano de Cuidados de Enfermagem (Diagnóstico; Intervenções e Resultados esperados). Por último apresentam-se as reflexões sobre a atuação em contexto de sala de emergência.

1. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

O utente selecionado para a realização do estudo de caso diz respeito a um utente admitido na sala de emergência, onde permaneceu por um período de 1 hora. Os dados do caso clínico encontram-se resumidos no seguinte quadro:

| CASO | Doente admitido na sala de emergência |
|--|---|
| História Clínica: | Utente deu entrada no serviço de urgência pelo próprio pé, sem acompanhante, por sensação de lipotimia Sexo: Feminino Idade: 45 anos Antecedentes pessoais conhecidos/relevantes: seguida em consulta de psiquiatria, alcoolismo. |
| Proveniência do utente: | Área médica laranja |
| Admissão na sala de emergência: | Utente admitida na sala de emergência após duas crises convulsivas na área médica laranja. Alteração do estado de consciência após crises convulsivas com administração de 10mg de diazepam endovenoso. |
| Avaliação do Utente | A – Por alteração do estado de consciência foi entubado orotraquealmente B – Ventilação mecânica com doente bem adaptado, SpO ₂ 100% C – Monitorização ECG contínuo, pressão arterial não invasiva – TA: 89/52mmHg FC: 67bpm. Apresenta ferida sangrante na língua. D – Doente sedado com propofol 1% a 30ml/h, reativo a estímulos dolorosos E – Utente com hematoma parietal à direita |
| Observações | Familiares não presentes no serviço de urgência. |

2. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem ao ser implementado visa a prestação de cuidados para a melhoria da qualidade de vida, e consiste em definir diagnósticos e intervenções consistentes para responder às necessidades humanas. A classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) deve ser utilizada para comunicar as intervenções que os enfermeiros usam com os utentes. Quando empregada para documentar a prática clínica iniciamos um mecanismo para determinar o impacto do cuidado de enfermagem sobre os resultados obtidos pelos utentes (Dochterman, 2008). De seguida serão identificados os principais diagnósticos de enfermagem tendo por base a taxonomia NANDA e as intervenções/atividades da NIC.

| Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) | Características definidoras |
|--|---|
| Risco de Aspiração: Estado no qual o indivíduo está em risco de entrada de secreções gastrointestinais e orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias respiratórias. | Dado o estado de consciência da utente existe um risco acrescido de vômito e consequentemente risco de aspiração. |
| Intervenções/atividades (NIC) | |
| Colocação de sondanasogástrica: inserção de sondanasogástrica Selecionar o tipo e o tamanho de sonda nasogástrica a inserir Inserir a sonda conforme o protocolo da instituição Colocação de sonda nasogástrica em drenagem livre | |
| Observações/avaliação de resultados: do risco acrescido do risco de aspiração, optou-se como atividade interdependente colocação de sonda nasogástrica em drenagem livre, sendo o conteúdo gástrico monitorizado e avaliadas as suas características – drenagem de 800cc de conteúdo gástrico aquoso. | |

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)

Eliminação urinária prejudicada:

Distúrbio na eliminação de urina

Intervenções/atividades (NIC)

- **Colocação de sonda vesical:** inserção de uma sonda na bexiga para drenagem temporária ou permanente da urina
 - Reunir o equipamento de algáliação adequado
 - Manter técnica asséptica
 - Manter o sistema fechado de drenagem da urina
- **Controle da eliminação urinária:** manutenção de um ótimo padrão de eliminação de urina
 - Monitorizar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor
 - Obter amostra de urina para análise

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)

Características definidoras

Integridade tecidual prejudicada: dano a mucosa, tecido tegumentar ou subcutâneo. Utente apresenta ferida sangrante a nível da língua

Intervenções/atividades (NIC)

- **Controle da hemorragia:** redução ou eliminação da perda rápida ou excessiva de sangue
 - Identificar a causa da hemorragia
 - Monitorizar a quantidade de perda de sangue
 - Aplicar pressão manual sobre a hemorragia

Observações/avaliação de resultados: com as intervenções realizadas conseguiu-se controlar a hemorragia, identificando como causa a mordedura da língua decorrente das crises convulsivas apresentadas na área médica laranja.

| Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) | Características definidoras |
|--|---|
| Risco de lesão: | Risco de lesão como resultado de condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo |
| Intervenções/atividades (NIC) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Controle de convulsões: Cuidado do paciente durante e após um episódio de convulsão <ul style="list-style-type: none"> ○ Puncionar acessos venosos periféricos para administração de terapêutica adequada ○ Monitorizar estado neurológico ○ Monitorizar sinais vitais ○ Registrar a duração da crise convulsiva ○ Registrar as características da crise convulsiva: partes do corpo envolvidas, atividade motora e progressão da convulsão ○ Administrar medicamentos e anticonvulsivantes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 750 mg de fenitoina diluído em 250 ml de soro fisiológico ▪ Propofol a 1% por máquina infusora a 30ml/h | |
| Observações/avaliação de resultados: do risco acrescido do desenvolvimento de nova crise convulsiva manteve-se vigilância de determinados parâmetros a fim de prevenir o risco de lesão. | |

| Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) | Características definidoras |
|--|---|
| Ventilação espontânea prejudicada: | A diminuição do estado de consciência reservas de energia diminuídas que resultam em incapacidade do indivíduo para manter respiração adequada para a manutenção da vida. |
| Intervenções/atividades (NIC) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Controle de vias aéreas artificiais: manutenção de tubos endotraqueais e prevenção de complicações associadas ao seu uso: <ul style="list-style-type: none"> ○ Insuflar e manter cuff endotraqueal entre 15 a 20 mmHg, utilizando avaliador de pressão de cuff ○ Observar a referência em centímetros, marcando a colocação do tudo à comissura labial, para monitorizar possível deslocamento do tubo. ○ Instituir aspiração endotraqueal, quando apropriado | |

| Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) | Características definidoras |
|--|-------------------------------|
| <u>Volume de líquidos deficiente:</u> Líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular diminuído. | Utente apresenta hiponatrémia |
| Intervenções/atividades (NIC) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Punção venosa: inserção de agulha numa veia periférica para administração de líquidos, sangue ou medicamentos • Controle de eletrólitos - hiponatrémia: promoção do equilíbrio de sódio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos mais baixos do que o desejado <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrar solução fisiológica hipertónica: Soro fisiológico 500ml + Soro fisiológico 500ml + 3 ampolas de NaCl 20% ○ Observar manifestações neurológicas e/ou neuromusculares da hiponatrémia (letargia, convulsões, fraqueza muscular) | |

Como referido anteriormente a utente permaneceu na sala de emergência por um período de 1 hora, sendo que posteriormente foi transferida para a unidade de cuidados intensivos.

3. REFLEXÕES CRÍTICAS

Não importa o ambiente onde o cuidado se dá, analisar a sua eficácia, efetividade e eficiência, possibilitará a tomada de decisões locais, nacionais e internacionais, a respeito da saúde da população e da sua qualidade de vida. A Enfermagem, por meio dos seus profissionais, pratica os seus cuidados apoiados num referencial metodológico denominado processo de enfermagem que, por sua vez, se apoia no modelo científico (Barros, 2009).

A permanência do utente na sala de emergência é reduzida o que a nível de avaliação de resultados das intervenções de enfermagem se torna numa dificuldade acrescida. Depreende-se que, das intervenções realizadas se estabilize o utente para posterior transporte para a unidade de cuidados intensivos.

Uma das limitações encontradas na avaliação holística do utente na sala de emergência, no estudo de caso em questão, diz respeito à ausência de família no momento de admissão da utente na sala de emergência. Na sala de emergência agimos mediante a gestão de prioridades da manutenção vital do utente, nunca descorando o envolvimento familiar que poderá ser facilitador das tomadas de decisão e abordagem ao utente.

O processo de enfermagem é um processo contínuo, e considero que aquando da transferência da utente para a unidade de cuidados intensivos, as intervenções/atividades realizadas na sala de emergência serão alvo de uma reavaliação pelo que a transmissão clara das intervenções realizadas se torna fulcral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Alba Lucia - Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm** (2009), p. 864 -867.

DOCHTERMAN, Joanne McCLOSKEY e BULECHEK, Gloria M. – **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2008. ISBN 0-323-02392-4.

ANEXO IV – Caraterização da Unidade de Cuidados Intensivos

As unidades individuais dos utentes seguem algumas recomendações e especificidades. O presente quadro pretende identificar quais os principais equipamentos encontrados nas unidades de cada utente.

| EQUIPAMENTO MÉDICO E GERAL |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de monitorização e Parâmetros fisiológicos, compreendendo um monitor por cama com alarmes visuais e sonoros e uma central de monitorização, com alarmes visuais e sonoros e registador em papel, comunicando com todos os monitores; • Monitores modulares com ecrã policromático com diagonal de pelo menos 25cm, com 7 canais de informação no mínimo e possibilidade de visualização de, pelo menos, 4 deles em traçado, com memória e registo de tendências <p><u>Parâmetros a monitorizar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG • Pressões invasivas (PVC; PIC / Swan-Ganz.) • Temperatura • Oximetria de pulso • Débito cardíaco • Parâmetros ventilatórios • Função pulmonar • Saturação sangue venoso misto • Detecção arritmias • Calorimetria indireta <p><u>Monitores fisiológicos portáteis (2 por serviço) para os seguintes parâmetros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG • Oximetria de pulso • Pressão arterial não invasiva • Pressão invasiva |
| VENTILAÇÃO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ventilador pulmonar volumétrico de cuidados intensivos, com capacidade para ventilar em modos assistidos e controlados, 1 por cama, devendo o Serviço poder dispor de mais 1 por 6 camas ou mais 2 por 10 camas, para suprir eventuais falhas • Ventiladores portáteis (preferencialmente, com compressor de ar incorporado) – Dois por serviço |
| PERFUSÃO E ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA |
| <p><u>Cinco bombas perfusoras volumétricas por cama</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinco seringas perfusoras por cama • Bomba de alimentação entérica por cama • Duas bombas perfusoras volumétricas de alto débito, por serviço • Dois sistemas de aquecimento de fluídos para perfusão IV com capacidade de alto débito, por serviço |
| CAMAS |
| <p>Cama de cuidados intensivos com plataforma do leito elevatória quadripartida, permitindo movimento das secções do tronco, coxas e pernas, movimentos de</p> |

Trendlenburg, Fowler, e inclinação lateral da plataforma do leito. Possuirá grades laterais rebatíveis e/ou destacáveis e colchão antiescaras. As secções de cabeceira e pés deverão ser facilmente removíveis

Considera-se muito desejável que todos os movimentos sejam suportados electricamente

OUTROS EQUIPAMENTOS (UM POR SERVIÇO, SALVO OUTRA INDICAÇÃO)

Aparelho de Rx portátil

- Aparelho de ecografia multidisciplinar, com capacidade para ecocardiografia e registo a cor
- Ecógrafo com capacidade para ecocardiografia transesofágica
- Aparelho de substituição renal (diálise / hemofiltração, ...)
- Desfibriladores bifásico com capacidade para pacemaker externo
- Electrocardiógrafo 12 canais
- Aparelho de análise de gases de sangue, ionograma e lactatos
- Aparelho para análise química clínica (para exames correntes / química seca)
- Aparelho de elevação de doentes, com capacidade de avaliação do peso
- Sistema de pesagem de doentes (incorporado nas camas ou no sistema de elevação)
 - “Kit portátil” para abordagem da via aérea
- Carro de urgência com tábua de massagem cardíaca, laringoscópio, tubos de intubação traqueal e compartimentos para drogas, um por serviço
 - Considerar dois carros para mais de 10 camas
- Aspiradores de baixa pressão para linha de vácuo, um por cama
- Aspirador eléctrico de baixa pressão, 2 por serviço
- Nebulizadores ultra-sónicos
- Foco de luz orientável, um por cama
- Suporte de teto para equipamentos de monitorização, ventilação e perfusão

Fonte: Adaptado de Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu Desenvolvimento, PORTUGAL, 2003

ANEXO V – Projeto de Intervenção: Monitorização da Dor no Doente Crítico –
Unidade de Cuidados Intensivos



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Projeto de Intervenção

Monitorização da Dor no Doente Crítico – Unidade de Cuidados Intensivos

Aluna: Susana Maria Dias dos Santos

Sob orientação de: Professora Irene Oliveira

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem / Especialidade Médico Cirúrgica

Porto, 20.06.2014

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 161 |
| 1. PLANIFICAÇÃO DO PROJETO..... | 163 |
| 1.1.DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO..... | 163 |
| 1.2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 164 |
| 1.3.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS..... | 171 |
| 1.4.PROGRAMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E METODOLOGIAS..... | 171 |
| 1.5.PROGRAMAÇÃO DA INTERVENÇÃO..... | 172 |
| 1.6.EXECUÇÃO..... | 172 |
| 1.7.AVALIAÇÃO..... | 172 |
| 2. AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 173 |
| CONCLUSÃO..... | 175 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 177 |
| ANEXOS..... | 181 |
| ANEXO I – PLANO DE FORMAÇÃO..... | 183 |
| ANEXO II – SESSÃO DE FORMAÇÃO – POWERPOINT..... | 187 |
| ANEXO III – MODELO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO..... | 205 |

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Ilustração 1: Versão Portuguesa da Escala BPS-IP/PT | 168 |
| Ilustração 2: Adaptação da BPS- IP para a BPS-NI..... | 169 |

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio de Cuidados Intensivos a decorrer no período de 28 de abril a 28 de junho no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho surgiu a necessidade desenvolver um projeto de intervenção, por forma a atingir os objetivos aos quais me propus no projeto de estágio.

Da consciência acrescida da necessidade de detetar problemáticas no serviço de Cuidados Intensivos foi identificado ao longo do estágio uma lacuna no que concerne à monitorização e avaliação da dor no doente crítico. Neste sentido propus-me desenvolver um projeto que colmatou com a apresentação e formação em serviço sobre a respetiva temática.

Para a realização do projeto de intervenção foi utilizada uma metodologia descritiva e critico-reflexiva.

O presente trabalho tem por objetivos a planificação do projeto de intervenção sendo que o mesmo passou por diferentes fases.

Neste sentido a estrutura passa pela exposição do diagnóstico da situação, a fundamentação teórica sobre a temática em estudo, a explanação dos objetivos bem como da programação de estratégias e metodologias, programação da intervenção e execução. Por último é realizada a avaliação do projeto. Encontra-se ainda em anexo o plano de formação bem como a apresentação em PowerPoint da sessão de formação e o modelo de avaliação da sessão de formação.

1. PLANIFICAÇÃO DO PROJETO

A planificação de um projeto pode ser definida como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir objetivos fixados, o que implica a coordenação de esforços provenientes de vários setores (Imperatori e Giraldes, 1993).

O planeamento corresponde, desta forma a uma série de etapas, um conjunto de decisões programadas cujo objetivo principal é o de provocar uma mudança. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo constituído por várias etapas passíveis de sofrerem alterações.

As etapas correspondem a:

- Diagnóstico da situação
- Fixação de objetivos
- Seleção de estratégias
- Elaboração de programas e projetos
- Preparação da execução
- Execução
- Avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

1.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação permite-nos identificar os principais problemas, as suas causas e respetivos fatores condicionantes (Imperatori e Giraldes, 1993).

A avaliação da dor no doente crítico tornou-se um desafio na minha experiência profissional. O fato de os doentes estarem monitorizados nas unidades de cuidados intensivos permite-nos ter uma avaliação constante do estado

hemodinâmico do doente, no entanto, a avaliação da dor, apesar de alguns sinais físicos sugestivos da mesma, como por exemplo a taquicardia e a agitação, requer o uso de uma avaliação pormenorizada através do uso de escalas avaliativas específicas em doentes sedados e com ventilação mecânica incapazes de comunicar.

Das dificuldades na avaliação da dor, da pesquisa bibliográfica sobre o tema e da observação participante na unidade de cuidados intensivos da avaliação da dor surgiu a proposta às orientadoras de estágio e à enfermeira chefe de desenvolver um trabalho sobre a temática o qual foi aceite prontamente por se tratar de uma lacuna do serviço. Também os enfermeiros constituintes do Grupo de Avaliação da Dor do serviço se mostraram recetivos à abordagem do tema na medida em que seria um trabalho que pretendiam desenvolver e que ambicionam trabalhar mais no futuro.

1.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Direção Geral de Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Controlo da Dor, anexo à Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD de 2008 o qual visa normalizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

A dor caracteriza-se como sendo um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a deteção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura (DGS, 2008).

A dor é definida pela Internacional Association for the Study of Pain como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só um componente sensorial mas, também, um emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (MERSKEY e BOGDUK, 1994). Esta definição permite concluir que a dor não é apenas uma experiência puramente sensorial, mas também tem um impacto emocional (DGS, 2008).

Importa aqui observar a dor multidimensional. Perguiça e Sobral (2003) referem que a dor apresenta duas componentes principais, a percepção da sensação de dor e as reações emocionais a essa dor. Daqui observa-se a dor como uma experiência única e subjetiva. É influenciada pela personalidade, atitudes, valores culturais, o meio que nos rodeia e o significado que tem para cada um, tornando-se não só uma experiência física mas também uma experiência emocional, social e espiritual. Como experiência subjetiva a dor tem vertente psicológica, comportamental e física.

O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

Do mesmo modo, e pela definição da dor como 5º sinal vital pela Circular Normativa nº 09/DGCG de 2003, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatória, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. No entanto, devo acrescentar que a mesma circular, apesar de indicar as escalas que poderão ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor a mesma não contempla escalas para avaliação da dor em unidades de cuidados intensivos, em doentes sedados e por vezes impossibilitados de comunicar.

Decorrente desta situação, e pelo fato dos profissionais de saúde frequentemente subestimarem a dor do doente crítico, embora conscientes da

vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento nas unidades de cuidados intensivos, surgiu por parte do Grupo Avaliação da Dor da SPCI o desenvolvimento de um estudo relativo às escalas usadas nas unidades de cuidados intensivos portuguesas (SPCI, 2011).

Neste sentido, os doentes críticos merecem destaque no que concerne à avaliação da dor, pois devido ao quadro clínico e ao ambiente que estão submetidos podem ter dificuldades em expressar fisicamente a dor (Fortunato et al, 2013).

O mesmo autor supra citado refere que existem alguns fatores que comumente causam dor ao doente crítico sendo eles: aspiração de secreções, posicionamentos, tratamento de feridas, ventilação mecânica, lesões cirúrgicas, queimaduras, colocação de dispositivos médicos como cateteres arteriais, venosos e centrais, sondas vesicais, sondas nasogástricas entre outras.

O principal objetivo proposto pelo estudo desenvolvido pelo Grupo de Avaliação da dor foi designar uma escala comportamental para avaliar a dor no doente adulto, submetido a ventilação mecânica, sedado e que não comunicasse de forma verbal e motora por forma a promover o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde na área da avaliação da dor. Deste estudo surgiu o Plano Nacional de Avaliação da Dor.

Neste sentido as escalas recomendadas a usar na avaliação da dor do doente crítico são:

- **Escala visual numérica:** recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| Sem dor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Dor máxima |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo (DGS, 2003b).

- **Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP):** recomendada para avaliar a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados.

A escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP) foi a primeira a ser concebida e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem (Batalha et al, 2013).

O mesmo autor supra citado desenvolveu um estudo cujo principal objetivo foi adaptar semântica e culturalmente para o Português a BPS-IP/PT e avaliar suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) em doentes internados nos cuidados intensivos com patologia médica e/ou cirúrgica, submetidos a ventilação mecânica e incapazes de autoavaliarem a dor. Deste estudo surgiu a versão portuguesa da escala BPS-IP (BPS-IP/PT) doravante mencionada.

A avaliação da dor pela escala BPS-IP/PT consiste numa avaliação subjetiva através da observação de comportamentos. A BPS-IP/PT inclui 3 itens comportamentais como demonstra a seguinte imagem:












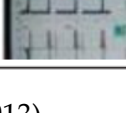
| Indicador | Item | Pontuação | |
|---|--|-----------|---|
| Expressão facial | Relaxada | 1 |  |
| | Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas | 2 |  |
| | Completamente contraída = pálpebras fechadas | 3 |  |
| | Careta = esgar facial | 4 |  |
| Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro) | Sem movimento | 1 |  |
| | Parcialmente fletidos | 2 |  |
| | Muito fletidos com flexão dos dedos | 3 |  |
| | Retraído, resistência aos cuidados | 4 |  |
| Adaptação ao ventilador | Tolera a ventilação | 1 |  |
| | Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo | 2 |  |
| | Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes | 3 |  |
| | Incapaz de controlar a ventilação | 4 |  |

Ilustração 1: Versão Portuguesa da Escala BPS-IP/PT (Fonte: Batalha et al, 2013)

A escala BPS-IP/PT corresponde à seleção de um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma cotação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta). O

resultado da intensidade da dor corresponderá à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa). Pontuações superiores ou iguais a 4 significam que o doente apresenta dor pelo que se torna pertinente realizar intervenções de alívio (Payen et al, 2001).

Mais recentemente, num estudo desenvolvido por Chanques et al (2009) foi desenvolvida uma adaptação da BPS-IP para utentes que não se encontram entubados, mas que igualmente se encontram impossibilitados de comunicar. Uma vez que esta escala não se encontra validada para Portugal apenas irei fazer referência à mesma como uma ferramenta que poderá ser estudada e adaptada e validada para uso nas unidades nacionais. A seguinte imagem representa a adaptação.

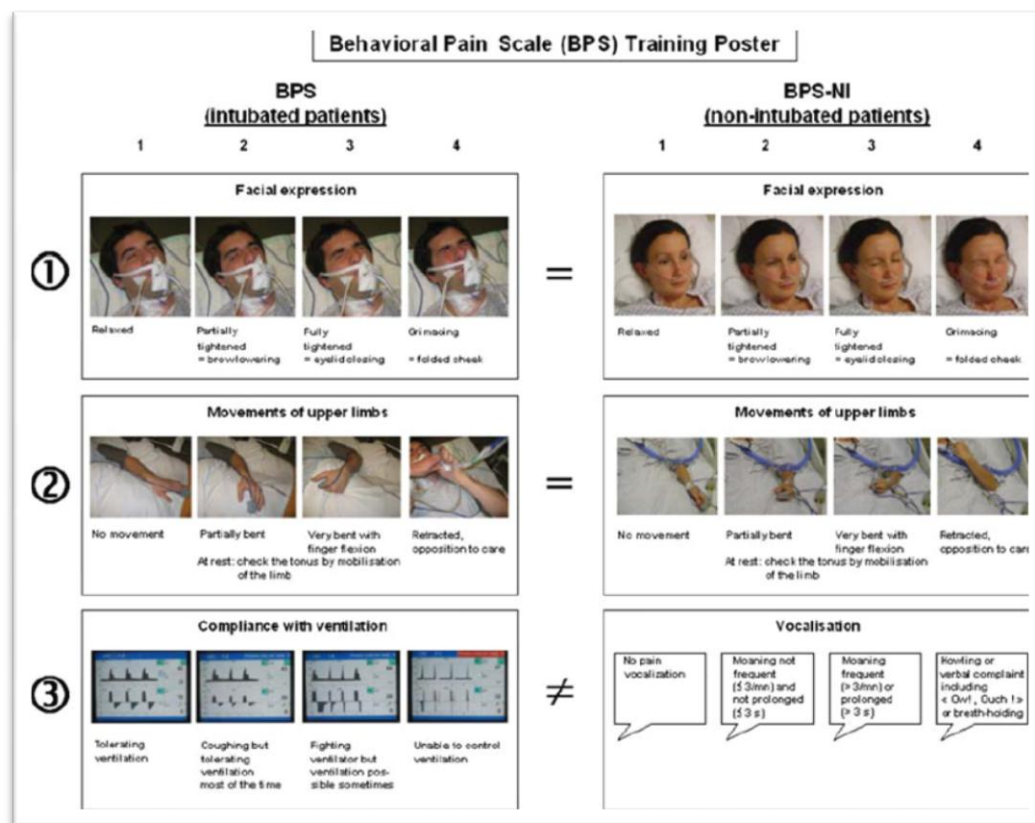


Ilustração 2: Adaptação da BPS- IP para a BPS-NI (Fonte: CHANQUES et al 2009)

Importa referir que as escalas devem auxiliar o profissional para que ele identifique as alterações presentes no utente e use a intervenção adequada, isso

implica profissionais bem treinados a fim de saber aplicar a escala e interpretá-la. Pois muito mais do que apontar as alterações presentes, este tipo de instrumento deve nortear as intervenções objetivando sempre o alívio e conforto do utente (Fortunato et al, 2013).

Por outro lado, apesar da existência das escalas ainda se percebe que existem dificuldades para avaliar a severidade da dor no doente crítico como também diferenciá-la do medo e da ansiedade por eles apresentados, para promover o alívio e conforto adequados (Silva et al, 2011).

Com a conclusão do estudo do Grupo de Avaliação da Dor da SPCI recomenda:

1. O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “gold standard” para a avaliação da dor e resposta à analgesia,
2. O uso da Escala Visual Numérica (EVN) é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam,
3. A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS),
4. A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos,
5. A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos),
6. A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos),
7. A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais),
8. A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso,
9. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica,

10. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto,

11. Após a avaliação da intensidade da Dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais (SPCI, 2001).

1.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

De acordo com as necessidades detetadas, e tendo em conta os recursos e o tempo disponível para a realização deste projeto são definidos como objetivos:

- Sensibilizar para correta avaliação da dor no doente crítico no serviço de cuidados intensivos
- Descrever as escalas selecionadas para avaliação da dor no serviço de cuidados intensivos
- Analisar a melhor forma de avaliação e registo da dor em diferentes casos clínicos.

1.4. PROGRAMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E METODOLOGIAS

Para a realização deste projeto foi adotada a estratégia de interação com a equipa de enfermagem do serviço de cuidados intensivos por forma a identificar as principais dificuldades encontradas na correta avaliação da dor, bem como as experiências e saberes sobre a temática em estudo. A pesquisa bibliográfica também se tornou um ponto fulcral por forma a aumentar conhecimentos fundamentados no estudo e avaliação da dor.

1.5. PROGRAMAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento deste projeto considero importante a realização das seguintes atividades:

- Identificar junto dos profissionais do serviço quais as principais dificuldades na avaliação da dor no doente crítico
- Desenvolver uma sessão de formação sobre a temática em estudo a realizar no dia 20 de junho às 14h.

1.6. EXECUÇÃO

A identificação junto dos profissionais do serviço, das principais dificuldades encontradas na avaliação da dor no doente crítico ocorreu durante o ensino clínico. Desta avaliação, colmatou no dia 20 de junho pelas 14h a ação de formação que decorreu na biblioteca do serviço de cuidados intensivos do CHVNG/E. Para a execução a mesma foi desenvolvido um plano de sessão (Anexo I) e uma apresentação em PowerPoint (Anexo II).

1.7. AVALIAÇÃO

Como avaliação da formação realizada será efetuado um formulário ao qual os formandos deverão dar resposta no final da formação.

Dada a data de apresentação da formação coincidir com a data final do estágio não será realizada avaliação de resultados.

2. AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção como referido anteriormente passou por duas fases principais: a identificação junto dos profissionais de saúde das dificuldades sobre a avaliação e monitorização da dor no doente crítico e uma sessão de formação sobre o referido tema.

No que concerne às dificuldades encontradas e manifestadas pelos profissionais de saúde, pude detetar que em diferentes casos clínicos apesar de aplicarem as escalas de avaliação nem sempre as utilizavam de uma forma correta. Por exemplo era comum, por desconhecimento dos critérios de exclusão da escala BPS-IP/PT, a utilização da mesma a doentes que apresentavam esses mesmos critérios de exclusão. Outra das dificuldades encontradas era a forma de registo no sistema B-Simple. Daqui surgiu a proposta, da minha parte da alteração da forma de registo e a mesma já foi implementada no serviço. Considero que neste ponto o projeto de intervenção foi uma mais-valia uma vez que houve mudanças positivas o que possibilitou que atingisse os objetivos aos quais me propus com a realização deste projeto. É certo que me é impossível fazer uma avaliação longitudinal de todas as mudanças no serviço, no entanto, e mesmo antes da sessão de formação já se verificaram mudanças de comportamentos na avaliação e monitorização da dor no doente crítico por parte dos profissionais. Uma vez que o tema foi sendo constantemente abordado ao longo do estágio verificou-se um interesse por parte dos enfermeiros em realizar as alterações devidas.

Quanto à sessão de formação, e como já era previsível, a adesão por parte dos enfermeiros foi de apenas 5 elementos. No final da sessão foi aplicado o questionário de avaliação da sessão de formação (ANEXO III). Dos 5 elementos presentes, 4 consideraram quanto ao conteúdo da formação, que as expectativas

foram excedidas, quanto à metodologia adotada, 3 consideraram a mesma muito adequada e 2 elementos consideraram-na adequada. No que diz respeito à apreciação global da sessão de formação 4 consideraram que foi muito bom e 1 elemento considerou que foi bom. Quanto aos comentários e sugestões manifestaram ter sido um tema pertinente e uma mais-valia para o serviço.

CONCLUSÃO

Considero que findo a realização deste trabalho os objetivos aos quais me propus foram amplamente alcançados. Desde o diagnóstico da situação, sendo um tema pertinente e atual para o serviço, à execução e avaliação considero que o desenvolvimento do mesmo foi muito gratificante, quer a nível pessoal quer a nível profissional.

É bastante enriquecedor perceber que a nossa intervenção e atuação cria mudanças de comportamentos positivos em benefício da profissão de enfermagem e principalmente em benefício do doente.

Estou consciente de que foi dado o primeiro passo para a melhoria da qualidade dos cuidados, na consciencialização para a mudança e para a continuidade do estudo da temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATALHA, Luís Manuel Cunha; FIGUEIREDO, Ana Margarida; MARQUES, Marisa e BIZARRO, Vera. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale: Intubated Patient* (BPS-IP/PT). **Revista Enfermagem Referência**. [Em linha]. 2013, vol.serIII, n.9, pp. 7-16. [Consult. 16 de junho 2014]. Disponível na <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a01.pdf> :. ISSN 0874-0283.

CHANQUES, Gérald; PAYEN, Jean-François; MERCIER, Grégoire; LATTRE, Sylvie; VIEL, Eric; JUNG, Boris; CISSE, Moussa *et al.* Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. **Intensive Care Med**. ISSN 1432-1238. Vol.35, nº 12 (2009), p. 2060 –2067.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa nº 09/DGCG. **A dor como 5º sinal vital**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2003.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008.

FORTUNATO, Juliana; FURTADO, Monique; HIRABAE, Leni e OLIVEIRA, Josiana – Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** [Em linha]. Vol. 12, nº 3 (2013), p. 110-117

[Consult. 02 de junho 2014]. Disponível na http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426#citar

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planejamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa. 3ª Edição, 1993.

MERSKEY, Harold e BOGDUK, Nikolai. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2nd Edition. International Association for the Study of Pain Press, Seattle, 1994. ISBN 0-931092-05-1

PAYEN, Jean Francois; BRU, Olivier; BOSSON, Jean-Luc; LAGRASTA, Anna; NOVEL, Eric; DESCHAUX, Isabelle; LAVAGNE, Pierre *et al.* Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Crit Care Med** [Em linha]. Vol.29, nº 12 (2001), p. 2258 –2263 [Consult. 12 de junho 2014]. Disponível na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>

PERGUIÇA, Ana Cristina; SOBRAL, Maria Luísa – Reflexão: O Enfermeiro de Cuidados Intensivos Perante a Dor. **Servir**. ISSN 0871-2370. Vol. 5, nº 1 (2003), p. 25-28.

SILVA, Cleyton; VASCONCELOS, Josilene; NÓBREGA, Maria - Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: avaliação e intervenções. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [Em linha]. Vol. 12, nº 3 (2011), p. 540-507 [Consult. 02 de junho 2014]. Disponível na <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/260/pdf>: . ISSN 1517-3852

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – GRUPO DE
AVALIAÇÃO DA DOR – **Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor. 2011**

ANEXOS

ANEXO I – PLANO DE FORMAÇÃO

PLANO DE FORMAÇÃO

| | | | | |
|-----------------------|--|-------|---------------------------|--|
| TEMA | Monitorização da Dor – Avaliação de Casos Clínicos | | | |
| DATA | 20 junho 2014 | HORA | 14horas | |
| LOCAL | Biblioteca do serviço de cuidados Intensivos CHVNG/E | | | |
| OBJETIVO GERAL | Promover a uniformização de cuidados na área da avaliação da dor em doentes críticos. | | | |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Sensibilizar para correta avaliação da dor no doente crítico no serviço de cuidados intensivos Descrever as escalas selecionadas para avaliação da dor no serviço de cuidados intensivos Analisar a melhor forma de avaliação e registo da dor em diferentes casos clínicos. | | | |
| | | | | |
| | CONTEÚDOS | TEMPO | METODOLOGIA | RECURSOS MATERIAIS/PEDAGÓGICOS |
| INTRODUÇÃO | Apresentação da pertinência da formação/objetivos da formação | 5min | Método expositivo | Computador Videoprojector PowerPoint |
| DESENVOLVIMENTO | Abordagem da dor Avaliação da dor no doente crítico Escala de avaliação da dor Análise de casos clínicos Sugestões de registos | 45min | Método expositivo e ativo | |
| CONCLUSÃO | Avaliação da Sessão de formação | 10min | Método Interrogativo | Documento da avaliação da formação |

ANEXO II - SESSÃO DE FORMAÇÃO – POWERPOINT



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Monitorização da dor

Avaliação de casos clínicos



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Monitorização da dor

Avaliação de casos clínicos

Aluna: Susana Santos

Sob Orientação: Profª Irene Oliveira

Grupo de Avaliação da Dor do Serviço de Cuidados Intensivos do
CHVNG/E

O QUE É A DOR?

A dor não é apenas uma experiência puramente sensorial, mas também tem um impacto emocional.

(Internacional Association for the Study of Pain, 1994)

NATUREZA MULTIDIMENSIONAL DA DOR

- A dor apresenta duas componentes principais



Percepção da sensação de dor
As reações emocionais a essa dor

(Perguiça e Sobral, 2003)

NATUREZA MULTIDIMENSIONAL DA DOR

- A dor é uma experiência única e subjetiva.
- É influenciada pela personalidade, atitudes, valores culturais, o meio que nos rodeia e o significado que tem para cada um.

(Perguiça e Sobral, 2003)

- A dor não é apenas uma experiência física.

Emocional

Social

Espiritual

(Perguiça e Sobral, 2003)

- Como experiência subjetiva a dor tem vertente

Psicológica

Comportamental

Física

(Perguiça e Sobral, 2003)

Dor como 5º sinal vital

- O controlo eficaz da Dor é **um dever dos profissionais de saúde**, um **direito dos doentes** e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde;
- O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da **monitorização da Dor em todas as suas vertentes**;
- **A avaliação e registo da intensidade da Dor** pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a optimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003

O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de **cuidados de saúde de elevada qualidade**, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável **humanização dos cuidados de saúde**.

(DGS, 2008)

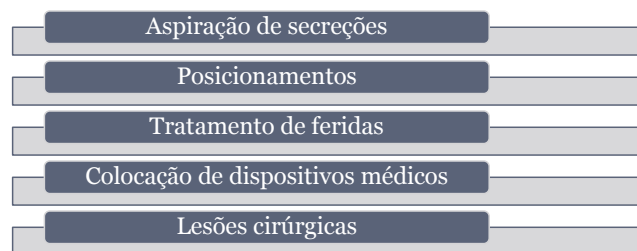
AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

- Os doentes críticos merecem destaque no que concerne à avaliação da dor, pois devido ao quadro clínico e ao ambiente que estão submetidos podem ter dificuldades em expressar fisicamente a dor.

(Fortunato et al, 2013)

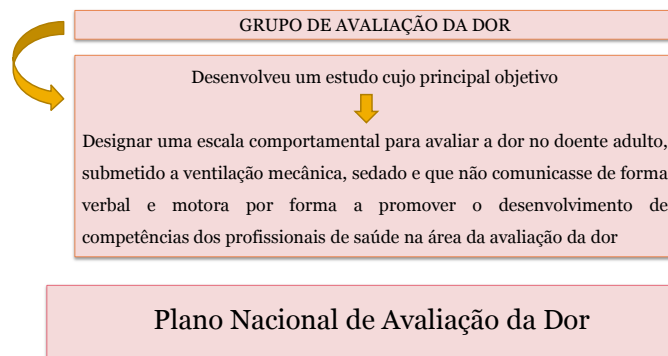
AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

Fatores que comumente causam dor ao doente crítico



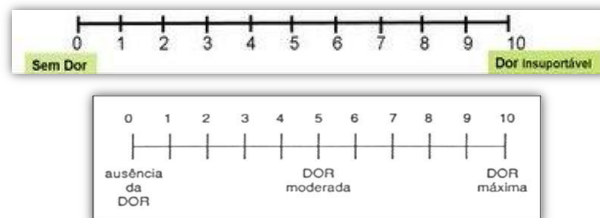
(Fortunato et al, 2013)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR



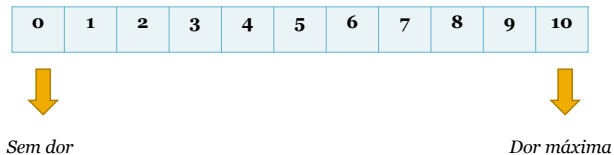
ESCALA VISUAL NUMÉRICA

- Recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam



ESCALA VISUAL NUMÉRICA

- Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.



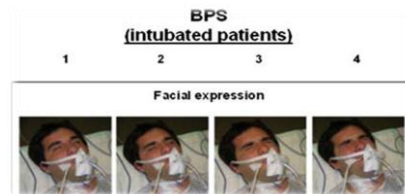
ESCALA VISUAL NUMÉRICA

- A régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.
- Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que “0” corresponde a classificação “Sem Dor” e “10” a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).
- A classificação numérica indicada pelo doente será registada em registos de enfermagem

(DGS, 2003)

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

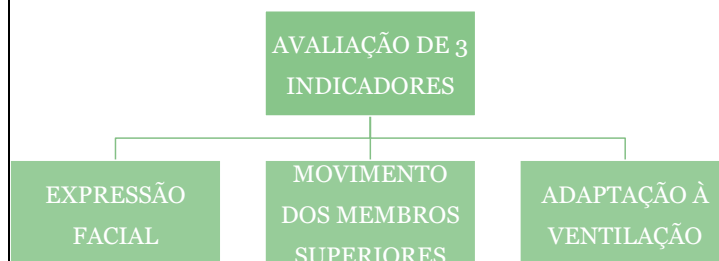
Recomendada para avaliar a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados.



BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)





A avaliação da dor pela escala BPS consiste numa **avaliação subjetiva** através da observação de comportamentos.

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)



| Indicador | Item | Pontuação | |
|------------------|---|-----------|---|
| Expressão facial | Relaxada | 1 |  |
| | Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas | 2 |  |
| | Completamente contraída = pálpebras fechadas | 3 |  |
| | Careta = esgar facial | 4 |  |

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro) | Sem movimento | 1 |  |
| | Parcialmente fletidos | 2 |  |
| | Muito fletidos com flexão dos dedos | 3 |  |
| | Retraído, resistência aos cuidados | 4 |  |

| | | | |
|-------------------------|--|---|---|
| Adaptação ao ventilador | Tolera a ventilação | 1 |  |
| | Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo | 2 |  |
| | Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes | 3 |  |
| | Incapaz de controlar a ventilação | 4 |  |

(Batalha et al, 2013)

PONTUAÇÃO :

- Seleção de um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma cotação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta)
- O resultado da intensidade da dor corresponderá à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa)

(Payen et al, 2001)

Oscilação da Pontuação

| | Score total |
|-------------------|-------------|
| Ausência da dor = | 3 |
| Dor intensa = | 12 |

OBJECTIVO: Score <4

Com score de BPS ≥ 4 , doente apresenta dor

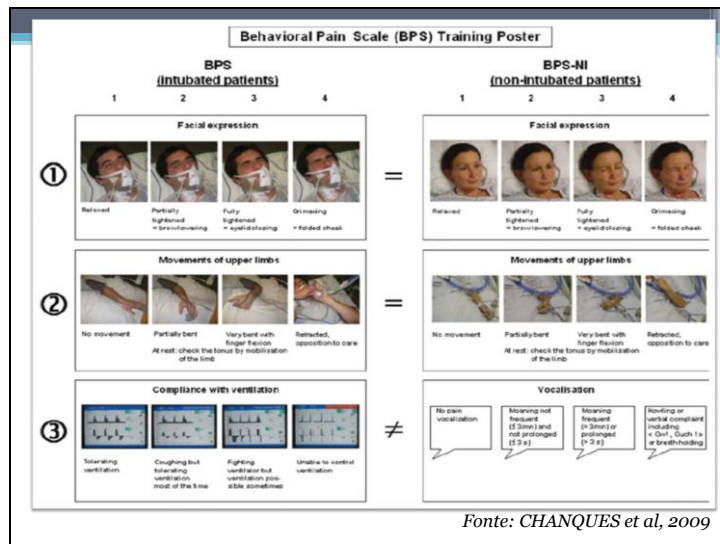


INTERVENÇÃO DE ALÍVIO

(Payen et al, 2001)

- Mais recentemente foi desenvolvida uma adaptação da BPS-IP para utentes que não se encontram entubados (BPS-NI), mas que igualmente se encontram impossibilitados de comunicar.

(Chanques et al, 2009)



ESCALAS DE AVALIAÇÃO

- Devem auxiliar o profissional para que ele identifique as alterações presentes no utente e use a intervenção adequada
- Muito mais do que apontar as alterações presentes, este tipo de instrumento deve nortear as intervenções objetivando sempre o alívio e conforto do utente.

(Fortunato et al, 2013)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Apesar da existência das escalas ainda se percebe que existem **dificuldades para avaliar a severidade da dor no doente crítico** como também diferenciá-la do medo e da ansiedade por eles apresentados, para promover o alívio e conforto adequados.

(Silva et al, 2011)

CASOS CLÍNICOS



UM OLHAR SOBRE A DOR

CASO 1

MOTIVO DE ADMISSÃO: PÓS-OPERATÓRIO

ESTADO ATUAL DO DOENTE: Doente em ventilação espontânea por VM. Consciente e orientado, não sedado. Escala de Coma de Glasgow 15.



QUE ESCALA UTILIZAR?



COMO REGISTRAR?

CASO 2

MOTIVO DE ADMISSÃO: PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA

ESTADO ATUAL DO DOENTE: Doente entubado e ventilado mecanicamente. Sedado com propofol e analgesiado com remifentanil.



QUE ESCALA UTILIZAR?



COMO REGISTRAR?

CASO 3

MOTIVO DE ADMISSÃO: SÉPSIS

ESTADO ATUAL DO DOENTE: Doente traqueostomizado, encontra-se em ventilação espontânea por peça em T. Consciente, não sedado. Responde de forma motora a ordens simples.



QUE ESCALA UTILIZAR?



COMO REGISTRAR?

CASO 4

MOTIVO DE ADMISSÃO: PCR

ESTADO ATUAL DO DOENTE: Utente traqueostomizado. Em modo ventilatório por Pressão Assistida. Sem sedação. Incapaz de comunicar. Apresenta Escala de Coma de Glasgow de 9 (abertura dos olhos espontânea, sem resposta verbal, fuga à dor)



QUE ESCALA UTILIZAR?



COMO REGISTRAR?

CASO 5

MOTIVO DE ADMISSÃO: POLITRAUMATISMO

ESTADO ATUAL DO DOENTE: Encontra-se em ventilação mecânica por tubo endotraqueal. Sedado com propofol, analgesiado com remifentanil, curarizado com rocurônio



QUE ESCALA UTILIZAR?



COMO REGISTRAR?

Critério de exclusão:

Curarização

CASO 6

MOTIVO DE ADMISSÃO: POLITRAUMATISMO COM LESÃO CERVICAL

ESTADO ATUAL DO DOENTE: Encontra-se em ventilação mecânica por tubo endotraqueal. Sedado com propofol.



QUE ESCALA UTILIZAR?



COMO REGISTRAR?

Critério de exclusão:

Tetraplegia

CASO 7

MOTIVO DE ADMISSÃO: PCR

ESTADO ATUAL DO DOENTE: Encontra-se em ventilação mecânica por tubo endotraqueal. Sem sedação. Escala de coma de Glasgow = 3



QUE ESCALA UTILIZAR?



COMO REGISTRAR?

Critério de exclusão:

ECG=3

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Doentes com capacidade para efetuar auto-avaliação da dor;
- Ventilação espontânea;
- Tetraplegia;
- Tratamento com bloqueantes neuromusculares (ou estar sobre o seu efeito);
- Coma profundo por afetação metabólica ou neurológica, ou induzido por barbitúricos, com pontuação de Glasgow Coma Score igual a 3 sobre 15;
- Polineuropatia do doente crítico;
- Morte cerebral.

(SPCI, 2011)

SUGESTÃO DE REGISTO



Data Hora prevista de administração: 12-Jun-2014 23:44

Monitorizar o dor através de escala de dor

☐ Em aberto Data: 12-Jun-2014 Hora: 23:44

☒ Efectuado Criado por: Maria Cristina Pedrosa em 12-Jun-2014 23:48

☒ Não efectuado

Avaliação

Indique qual o nível de dor:

0 - Sem dor : 10 Dor máxima

☐ EVN ☐ BPS-IP/PT

Observações

Ok Cancelar

Criar um item para seleccionar a escala a utilizar

No caso de selecção da BPS-IP/PT

☐ EVN ☒ BPS-IP/PT

Avaliação da dor

Data de avaliação: 12-Jun-2014 Hora: 23:44

Expressão facial

Movimento espontâneo/forçado

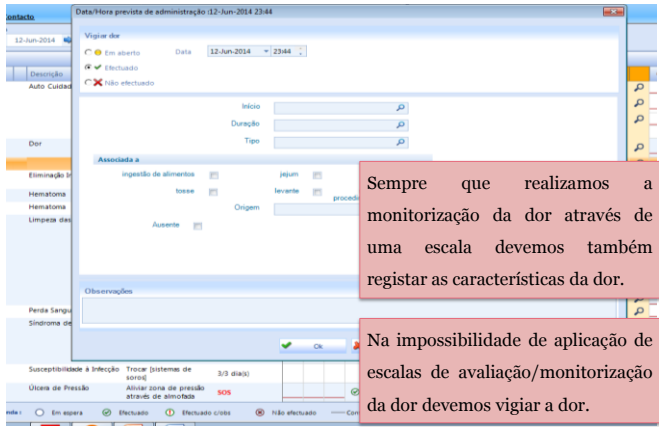
Adaptação ventilatória

Observações

Ok Cancelar

Possibilitar a realização da escala diretamente no plano de trabalho, nos dois momentos de avaliação (repouso e posicionamentos p.ex.) evitando duplicação de registo.

Importante registar as características da dor na intervenção "Vigiar dor"



Sempre que realizamos a monitorização da dor através de uma escala devemos também registar as características da dor.

Na impossibilidade de aplicação de escalas de avaliação/monitorização da dor devemos vigiar a dor.

RECOMENDAÇÕES DO GRUPO DA AVALIAÇÃO DA DOR

- 1. O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “gold standard” para a avaliação da dor e resposta à analgesia,
- 2. O uso da Escala Visual Numérica (EVN) é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam,
- 3. A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS),

RECOMENDAÇÕES DO GRUPO DA AVALIAÇÃO DA DOR

- 4. A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos,
- 5. A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos),
- 6. A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso (ex. posicionamentos),
- 7. A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (ex. aspiração de secreções endotraqueais),

RECOMENDAÇÕES DO GRUPO DA AVALIAÇÃO DA DOR

- 8. A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso,
- 9. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica,
- 10. A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto,
- 11. Após a avaliação da intensidade da Dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

(SPCI, 2011)

BIBLIOGRAFIA

- BATALHA, Luís Manuel Cunha; FIGUEIREDO, Ana Margarida; MARQUES, Marisa e BIZARRO, Vera. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. **Revista Enfermagem Referência**. [Em linha]. 2013, vol.serIII, n.9, pp. 7-16. [Consult. 16 de junho 2014]. Disponível na <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rev/vserIII/n9/serIIIIn9a01.pdf>. ISSN 0874-0283.
- CHANQUES, Gérald; PAYEN, Jean-François; MERCIER, Grégoire; LATTRE, Sylvie; VIEL, Eric; JUNG, Boris; CISSE, Moussa et al. Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. **Intensive Care Med**. ISSN 1432-1238. Vol.35, n° 12 (2009), p. 2060 –2067.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa nº 09/DGCG. **A dor como 5º sinal vital**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2003.

BIBLIOGRAFIA

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008.
- FORTUNATO, Juliana; FURTADO, Monique; HIRABAE, Leni e OLIVEIRA, Josiana – Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** [Em linha]. Vol. 12, nº 3 (2013) p.110-117 [Consult. 02 de junho 2014].Disponível na http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426#citar
- MERSKEY, Harold e BOGDUK, Nilokai. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2nd Edition. International Association for the Study of Pain Press, Seattle, 1994. ISBN 0-931092-05-1

BIBLIOGRAFIA

- PAYEN, Jean Francois; BRU, Olivier; BOSSON, Jean-Luc; LAGRASTA, Anna; NOVEL, Eric; DESCHAUX, Isabelle; LAVAGNE, Pierre et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Crit Care Med** [Em linha]. Vol.29, nº 12 (2001), p. 2258 –2263 [Consult. 12 de junho 2014]. Disponível na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801819>
- PERGUIÇA, Ana Cristina; SOBRAL, Maria Luísa – Reflexão: O Enfermeiro de Cuidados Intensivos Perante a Dor. **Servir**. ISSN 0871-2370. Vol. 5, nº 1 (2003), p. 25-28.
- SILVA, Cleyton; VASCONCELOS, Josilene; NÓBREGA, Maria - Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: avaliação e intervenções. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [Em linha]. Vol. 12, nº 3 (2011), p. 540-507 [Consult. 02 de junho 2014]. Disponível na <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/260/pdf>. ISSN 1517-3852
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – GRUPO DE AVALIAÇÃO DA DOR – **Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor**. 2011

ANEXO III - MODELO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Esta ficha de avaliação é confidencial, tendo como objetivo recolher as opiniões dos participantes acerca da sessão de formação.
Assinale com um X a quadrícula que corresponde mais à sua opinião

1 – Considera que a sessão de formação satisfaz as suas expectativas quanto ao conteúdo?

☐ Não ☐ Sim, suficientemente ☐ Sim, completamente ☐ Sim, excedeu-as

2 - Considera que a metodologia utilizada foi adequada?

☐ Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado

3 – Apreciação global da sessão

☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom

5 – Comentários e Sugestões:

Grata pela colaboração